



TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Tampere University of Applied Sciences

## **SANOITKO NIITÄ OLEVAN USEAMPI KUIN YKSI?**

- Kaksosperheen saama sosiaalinen tuki raskausaikana, synnytyksessä ja lasten synnyttyä

Anna Leena Keltto  
Henna Nylund

Opinnäytetyö  
Huhtikuu 2010  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto  
Tampereen ammattikorkeakoulu

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	TUKIJÄRJESTELMÄ .....	7
2.1	Sosiaalinen tuki .....	7
2.2	Voimavarakeskeinen työskentelytapa .....	8
2.3	Ammatillinen tuki.....	9
2.4	Vertaistuki.....	12
3	MONISIKIÖRASKAUS .....	14
3.1	Biologinen ja geneettinen tausta .....	14
3.2	Yleisyys ja siihen johtavat syyt.....	16
3.3	Lapsettomuushoidot ja monisikiöisyys .....	18
4	KAKSOSRASKAUS .....	19
4.1	Kaksosraskaus ja -synnytys psykologisena kokemuksena .....	19
4.2	Kaksosraskauden erityispiirteet .....	20
4.3	Kaksosraskauden seuranta .....	23
4.4	Kaksosraskaudesta johtuvat häiriöt .....	26
4.5	Häiriöt sikiöiden kehityksessä kaksosraskaudessa.....	29
5	KAKSOSSYNNYTYS.....	32
5.1	Synnytystavan valinta.....	32
5.1.1	Alatiesynnytys .....	34
5.1.2	Keisarileikkaus .....	35
5.2	Kaksossynnytyksen hoito .....	36
5.2.1	Avautumisvaihe .....	37
5.2.2	Ponnistusvaihe .....	39
5.2.3	Jälkeisvaihe .....	41
5.3	Kaksossynnytyksen komplikaatiot.....	41
5.4	Vastasyntynyt kaksonen .....	44
6	KÄTILÖN ROOLI KAKSOSSYNNYTYKSEN JÄLKEISESSÄ HOIDOSSA JA OHJAUKSESSA LAPSIVUODE- JA VASTASYNTYNEIDEN OSASTOLLA .....	46
6.1	Synnyttäneen äidin lapsivuodeajan hoito ja tarkkailu .....	46
6.2	Imetysohjaus .....	47
6.3	Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen kaksosten kanssa .....	50
7	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS .....	53
8	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	54
8.1	Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän kuvaus ja perustelut valinnalle .....	54
8.2	Tutkimus prosessin kuvaus .....	55
8.3	Aineiston analyysi .....	56
8.4	Tutkimuksen luotettavuus .....	58
8.5	Tutkimuksen eettisyys .....	59
9	TUTKIMUSTULOKSET.....	61
9.1	Kaksosraskauden huomioiminen neuvolassa.....	61
9.2	Sairaalan järjestämä monikkoperhevalmennus .....	62
9.3	Sairaalan äitiyspoliklinikalta saatu tuki .....	62
9.4	Synnytyksessä saatu tuki .....	63
9.5	Lapsivuode- ja lastenosastoilta saatu tuki.....	64
9.6	Yhteenveto .....	64
10	POHDINTA .....	68
	LÄHTEET .....	70
	LIITTEET.....	77

## TIIVISTELMÄ

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

ANNA LEENA KELTTO & HENNA NYLUND

Sanoitko niitä olevan useampi kuin yksi? -Kaksosperheen saama sosiaalinen tuki raskausaikana, synnytyksessä ja lasten synnyttyä

Opinnäytetyö 76 s. liitteet 6 s.  
Huhtikuu 2010

---

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää vanhempien kokemuksia kaksosraskauden, -synnytyksen sekä lapsivuodeajan hoidosta sekä siihen liittyvistä odotuksista. Lisäksi työn tarkoituksena oli selvittää aiheeseen liittyviä kätilötyön kehityshaasteita. Työn lähtökohtana oli, että jokaisen kätilön tulisi osata hoitaa ja kohdata kaksosperheitä. Opinnäytetyömme tavoitteena oli kehittää laadukasta kaksosperheiden kätilötyötä.

Teoriaosuudessa käsitellään kaksosraskauden, -synnytyksen ja lapsivuodeajan erityispiirteitä. Kvalitatiivinen tutkimus toteutettiin teettämällä kyselyn kaksosperheiden vanhemmille. Vastauksia kyselyyn saatiin kahdeksalta perheeltä. Analyysi toteutettiin käyttämällä teoriaohjaavaa aineiston analyysiä.

Tutkimus osoittaa, että kaksosperheitä kohdeltiin vaihtelevasti. Kaksosperheen erityispiirteitä ei huomioitu parhaalla mahdollisella tavalla. Vanhemmat kokivat ajoittain henkilökunnalta saamansa sosiaalisen tuen puutteellisena. Henkilökunnalta odotettiin emotionaalista tukea, tasavertaisuutta, ohjausta sekä konkreettista tietoa ja sen oikeaa ajoitusta. Emotionaalisen tuen näkökulmasta riittävä seuranta, hoidon jatkuvuus ja henkinen tuki lisäsivät vanhempien turvallisuuden tunnetta.

Tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan todeta, että tiedon tarve korostui läpi koko prosessin. Varsinkin alkuraskaudessa, kun kaksosraskaus on juuri todettu, tiedon tarve on suurimmillaan. Asiallisen tiedon organisoitu tarjoaminen alkuraskaudessa on kehittämishaaste äitiyshuollossa.

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree programme in Nursing and health care  
Option of Midwifery

ANNA LEENA KELTTO & HENNA NYLUND

Did you say there were more than one? The social support experienced by twin families during pregnancy, delivery and puerperium.

Bachelors thesis 76 pages, appendices 6 pages.  
April 2010

---

The purpose of this thesis was to describe parents' experiences of and expectations on the social support during twin pregnancy, delivery and puerperium. Another purpose was also to examine challenges relating to midwifery. The basic assumption of this thesis was that every midwife should be able to nurse twin families. The aim of this thesis was to develop good nursing of the twin families.

The characteristics of twin pregnancy, delivery and puerperium are discussed in the theory part. A qualitative study was carried out with the twin families. Eight families responded a questionnaire.

The study shows that the twin families were not treated equally. The characteristics of twin families were taken into account in the best way. Occasionally the parents felt that the social support given by the personnel was inadequate. The parents expected emotional support, guidance and to be treated equally. They also expected to receive knowledge. The right timing of giving knowledge was really important. Adequate follow-up, continuity of care and mental support added the feeling of safety.

As a conclusion can be said for need of knowledge was highlighted during the whole process. Especially during the first trimester when the twin pregnancy had recently been diagnosed the need for information was huge. It is a challenge to the maternity care professionals to provide the twin families with knowledge in early pregnancy.

---

Key words: Social support, twin pregnancy, twin delivery, midwifery

## 1 JOHDANTO

Monisikiöraskaus on riskiraskaus, joka eroaa monilla tavoin normaalista raskaudesta. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 447). Riskiraskaudella tarkoitetaan sitä, että raskauteen liittyy normaalia suurempi riski äidin, sikiön ja vastasyntyneen ongelmiin (Uotila 2007, 327). Suomessa kaksosraskauksien esiintyvyys on 12 kaksosraskautta 1000 synnytystä kohti. Ennenaikainen synnytys ja pienipainoisuus ovat suurimmat monisikiöraskauteen liittyvät ongelmat. Suomessa 40 % kaksosista syntyy ennenaikaisina ja noin 40 % painaa alle 2500g. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 447- 450.)

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää laadukasta kaksosperheiden kätilötyötä. Työssä pyritään selvittämään vanhempien kokemusten kautta, miten kätilö pystyy vastaamaan kaksosperheiden tuen tarpeisiin ja toteuttamaan laadukasta raskauden-, synnytyksen ja lapsivuodeajan kätilötyötä. Tarkoituksena on tuottaa tietoa ja lisätä kätilöiden tietämystä kaksosperheiden hoidosta ja tuen tarpeesta. Työssä pyritään selvittämään monikkovanhempien kokemuksia saamastaan tuesta ja hoidosta, niihin liittyvistä odotuksista ja kätilötyön kehityshaasteista. Työn lähtökohtana on, että jokaisen kätilön pitäisi osata vastata kaksosperheiden tuen tarpeisiin.

Työn teoreettisessa viitekehyksessä hyödynnetään Marja-Terttu Tarkan käyttämää sosiaalisen tuen käsitettä. Tarkan käyttämään sosiaalisen tuen käsitteeseen sisältyy emotionaalinen, päätöksenteon ja konkreettinen -tuki. (Tarkka 1996, 12.) Työn pohjana on käytetty kätilötyötä ohjaavia arvoja ja periaatteita, joita ovat: itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, yksilöllisyys, turvallisuus, terveyskeskeisyys, vastuullisuus, jatkuvuus, perhekeskeisyys, omatoimisuus, kokonaisvaltaisuus. ([http://www.suomenkatiloliitto.fi/tiedolla\\_taidolla\\_tunteella.pdf](http://www.suomenkatiloliitto.fi/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf))

Työssä kuvataan monisikiöraskautta, -synnytystä ja lapsivuodeaika kaksosraskauden näkökulmasta. Rajauksen perusteluna on kaksosuuden yleisyys verrattuna muihin monisikiöraskausmuotoihin. Työssä esiintyvät käsitteet monisikiöisyys ja kaksosuus, sillä tietyistä aihealueista ei pystytä rajaamaan omaksi aihealueekseen kaksosuutta.

Teoriaosuudessa käsitellään sosiaalista tukea sekä kaksosraskauden, -synnytyksen ja lapsivuodeajan erityispiirteitä.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmää valittaessa on päädytty kvalitatiiviseen menetelmään, koska on haluttu tarkastella monipuolisesti monikkolasten vanhempien kokemuksia heidän saamastaan sosiaalisesta tuesta, sen tuomista haasteista ja kehittämisalueista. Työssä on keskitytty neuvolasta ja sairaalasta saatuun sosiaaliseen tukeen, sillä se on kättilötyön näkökulmasta oleellista. Tulokset on analysoitu teoriaohjaavaa analyysimenetelmää käyttäen.

Tässä työssä on tarkasteltu kaksosperheiden hoitoa kättilön näkökulmasta, mutta soveltuvin osin muut ammattiryhmät voivat soveltaa työssä olevaa tietoa omaan käyttöönsä. Osittain työssä voidaan korvata kättilö nimike myös muilla terveydenhuollon ammattilaisilla. Tämä valinta on tehty työn selkiyttämiseksi.

## 2 TUKIJÄRJESTELMÄ

### 2.1 Sosiaalinen tuki

Sosiaalista tukea on määritelty monin eri tavoin. Useimmiten sosiaalinen tuki-käsite hoitotyön tutkimuksissa pohjautuu Housen (1981) tai Khanin (1979) teoriaan sosiaalisesta tuesta. House (1981) määrittelee sosiaalisen tuen ihmisten väliseksi vuorovaikutukseksi, joka voi olla emotionaalista, kuten empatia, pitäminen, rakastaminen, luottamuksen osoittaminen ja kuunteleminen. Tuki voi olla myös instrumentaalista, joka voi olla esimerkiksi aineellisen avun antamista ja auttamista, kuten tekemällä jotain toisen puolesta. House mainitsee myös sosiaalisen tuen muotona tiedottamisen, jolloin tuetaan yksilöä päätöksenteossa, keskustellaan ja kuunnellaan yksilön mahdollisia ongelmia, siten että pyritään tukemaan yksilön omaa päätöksentekoa. (Tarkka 1996, 12, 18.)

Khan (1988) määrittelee sosiaalisen tuen ihmistenväliseksi tarkoitukselliseksi vuorovaikutukseksi. Siihen sisältyy yksi tai useampia seuraavista sosiaalisen tuen muodoista. Emotionaaliseen tukeen sisältyy pitäminen, ihailu, kunnioitus, rakkaus ja turvallisuudentunteen luominen. Yksilön päätöksenteon tukemiseen sisältyy vahvistaminen, palautteen anto sekä päätöksenteon tapaan vaikuttaminen. Konkreettinen apu tarkoittaa esineiden tai rahan antamista, sekä ajan käyttäminen toisen hyväksi. (Tarkka 1996, 12.)

Tässä opinnäytetyössä hyödynnetään Marja-Terttu Tarkan (1996) käyttämää sosiaalinen tuki käsitettä, joka pohjautuu Khanin (1988) määritelmään sosiaalisesta tuesta. Tarkka määrittelee sosiaalisen tuen hoitotyössä hoitajan ja potilaan tarkoitukselliseksi vuorovaikutussuhteeksi, jossa potilas kohdataan tasavertaisena sallivassa ja hyväksyvässä ilmapiirissä. Hoitajan ja potilaan ominaisuudet vaikuttavat tähän suhteeseen. Yksilön sosiaalisen tukiverkostoon kuuluvien vuorovaikutussuhteiden kartoitus on merkittävää hoidon suunnittelun ja toteutuksen kannalta. Sosiaalinen tuki koostuu konkreettisesta, päätöksenteon- sekä emotionaalisesta tuesta. (Tarkka 1996, 20.)

Sosiaalinen tuki on olennainen osa kättilön ja kaksosperheen onnistunutta vuorovaikutussuhdetta. Sosiaalisella tuella on suoria vaikutuksia terveyteen ja hyvinvointiin sekä epäsuoria niin sanottuja puskurivaikutuksia vaikeasta elämäntilanteista selviytymiseen. Toisaalta tieto siitä, että tarvittaessa perhe, tukiryhmä tai oma lääkäri ovat tukemassa, voi auttaa selviytymään haastavastakin ongelmatilanteista omatoimisesti. Tuen laatu ja välittyminen riippuvat tukijoista. Primaaritasolla perheen ja läheisimpien piirissä, kaikki antavat mitä osaavat ja mihin pystyvät. On myös sosiaalisen tuen tarvetta, jonka vain specialisti tai erikoiskoulutuksen saanut ryhmä voi antaa, olipa avun tarvitsija kuka tahansa. (Kumpusalo 1991, 17.)

Tuen vaikuttavuuden ja tehokkuuden edellytys on sen oikea ajoitus. Tukea pitäisi olla tarjolla silloin, kun yksilön voimavarat ovat äärimmillään käytössä ja ulkopuolista tukea todella tarvitaan. Jos tukea ei ole saatavissa tarvittaessa, ongelmat saattavat monimutkaistua ja tuen tarve saattaa muuttua laaja- alaiseksi. (Kumpusalo 1991, 17.)

Tässä opinnäytetyössä sosiaalisella tuella tarkoitetaan kättilön ja perheen välistä tasavertaista vuorovaikutussuhdetta, jonka tarkoituksena on tukea perheen voimavarojen käyttöä ja selviytymistä raskaus-, synnytys ja lapsivuodeaikana. Emotionaalisella tuella tarkoitetaan perheen turvallisuudentunteen luomista, kunnioittamista sekä empatiaa ja kuuntelemista. Päätöksenteon tukemisella tarkoitetaan vaihtoehtoista kertomista ja kannustamista. Konkreettisella tuella tarkoitetaan ohjaamista. Kaikkiin kolmeen sosiaalisen tuen muotoon kuuluu tiedon antaminen, jonka pitää vastata perheen sen hetkiseen tiedon tarpeeseen.

## 2.2 Voimavarakeskeinen työskentelytapa

Voimavarakeskeisyys voidaan määritellä toimintana, joka edistää yksilöiden, yhteisöiden ja organisaatioiden osallistumista tavoitteena omaan elämään vaikuttavien tekijöiden hallitseminen sekä yhteisössä että laajemminkin yhteiskunnassa. Voimavarakeskeisyydestä ei kuitenkaan ole yleisesti hyväksyttyä määritelmää, vaan kyseessä on pikemminkin filosofinen näkökulma. (Kettunen ym. 2002, 214.)



Voimavarakeskeisen työskentelytavan lähtökohtana on perheen ja hoitajan välinen tasavertainen vuorovaikutussuhde, joka koostuu turvallisesta, luottamuksellisesta, arvostavasta ja kunnioittavasta ilmapiiristä (Kettunen ym. 2002, 214). Kätilön ja asiakkaan suhde tulisi olla kahden aikuisen välinen tasavertainen suhde (Äimälä 2007, 40). Kätilön ja perheen hyvä vuorovaikutussuhde mahdollistaa avoimen ja rehellisen mielipiteiden vaihdon, eikä potilas koe rajoittavia vaatimuksia tai kontrolloivaa ulkoista painetta muuttua tiettyyn suuntaan. Kätilön on varmistettava, että perhe tekee päätöksensä oikeaan tietoon perustuen sekä tietoisena päätöksensä seurauksista. Ohjauksen tavoitteena on perheen vaikutusmahdollisuuksien parantaminen oman tilanteen suhteen. Parhaimmillaan tällaisella lähestymistavalla voidaan edistää perheen elämänhallinnan tunteen lisääntymistä. (Kettunen ym. 2002, 214.)

### 2.3 Ammatillinen tuki

Raskausaikana kätilön ja terveydenhoitajan tehtävänä on raskauden seurannan lisäksi vastata perheen tuen tarpeisiin. Tavoitteena on äidin ja perheen hyvinvointi, sekä vanhemmuuden vahvistaminen. (Lindholm 2007, 33.) Perhe tulisi huomioida kokonaisvaltaisesti unohtamatta isän roolia. Kaksosraskaudessa isän rooli korostuu, sillä molempia vanhempia tarvitaan jakamaan vastuu lapsista varsinkin syntymän jälkeen.

Kaksosraskauteen ja kaksosten kehitykseen liittyy paljon erityispiirteitä, joista raskaana oleva tarvitsee tietoa ja ohjausta. Kaksosia odottava tarvitsee tietoa kaksosraskauden alkamisesta, yleisyydestä, erityispiirteistä raskauden kuluksa sekä sikiöiden kehityksestä. Ohjauksen ja neuvonnan tavoitteena on, että kaksosia odottava perhe tuntee saavansa tukea, joka auttaa heitä suhtautumaan realistisesti ja levollisesti raskauteensa. Kätilön ja terveydenhoitajan tulee huomioida odottajan yksilölliset tarpeet ja elämäntilanne, sekä huomioida nämä tekijät antaessaan ohjausta. (Raussi-Lehto 2007, 444.)

Hyvän raskaudenaikaisen ohjauksen avulla kaksosia odottavan on helpompi erottaa normaalit monisikiöraskauteen kuuluvat oireet tarkempaa selvitystä vaativista oireista. Hyvä ohjaus myös rauhoittaa odottajaa poistamalla tarpeetonta huolestumista ja luomalla turvallisuutta. Raskaudenaikaisen ohjauksen tavoitteena kaksosraskaudessa on parantaa

raskaana olevan elämänlaatua sekä lisätä syntyvien lasten ja koko perheen hyvinvointia. (Raussi-Lehto 2007, 444, 445.)

Raskaudenaikaisessa ohjauksessa on tärkeää tuoda esille yksisikiöisen ja monisikiöisen raskauden eroja, jotta kaksosia odottavan olisi helpompi ymmärtää kaksosraskauden tuomat rajoitukset. Erityisen tärkeää kaksosraskauden tuomien rajoitusten sekä syy-seuraus suhteiden tuominen esille on uudelleen synnyttäjän kohdalla, jonka aikaisempi raskaus on ollut yksisikiöinen. Kaksosia odottava tarvitsee tietoa synnytyksestä ja synnytystavoista jo raskausaikana. On myös hyvä opastaa kaksosia odottavia järjestelemään käytännön asioita vauvojen syntymää varten kotona jo hyvissä ajoin. (Raussi-Lehto 2007, 444, 445.)

Kaksosperheille vanhempainrahaa maksetaan pidempään, eli 60 arkipäivältä lasta kohti toisesta lapsesta alkaen (<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/020103135411MH>). Kaksosten äitiysavustusta on korotettu niin, että toisesta lapsesta saa kaksi äitiysavustusta. Kaksosista saa siis yhteensä kolme pakkausta tai 420 euroa eli ensimmäisestä lapsesta 140 euroa ja toisesta 2 x 140 euroa. On mahdollista myös valita äitiyspakkausten ja rahan yhdistelmä. (<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/120701141115EH>.)

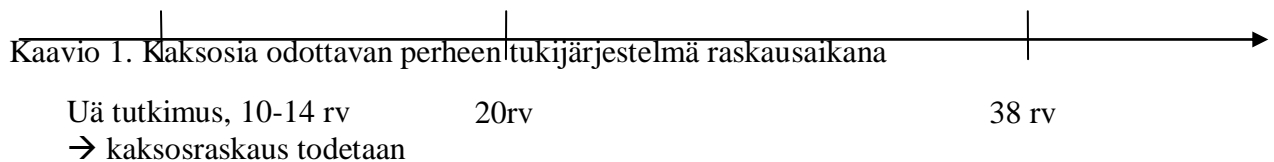
Perheen kotiuduttua sairaalasta synnytyksen jälkeen hoito siirtyy jälleen neuvolaan. Neuvolatyön periaatteena on tunnistaa lapsen ja perheen tuen tarve sekä puuttua asioihin mahdollisimman varhain ja ehkäistä näin vaikeuksien pahenemista (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena, opas työntekijöille 2004, 98). Kaksosvanhemmat tarvitsevat terveydenhuoltojärjestelmän tukea vanhemmuuden eri vaiheissa (Manninen 2003, 146). Kaksosperheet tarvitsevat ensimmäisinä kuukausina usein perheen ulkopuolista tukea. Tätä tukea heille voivat antaa omaiset, ystävät, neuvola sekä kaksosperheyhdistykset. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 454.) Joissain kunnissa on mahdollista saada apua myös kunnallisilta kodinhoitajilta ja perhetyöntekijöiltä (Heinonen ym. 2007, 229). Kaaviossa 1. kuvataan kaksosia odottavan perheen ammatillista tukijärjestelmää raskaus, synnytys ja lapsivuodeaikana.

Äitiysneuvola	Äitiyspoliklinikka	Äitiysneuvola
---------------	--------------------	---------------

Synnytyssairaala, Tays

Monikkoperhevalmennus, Tays  
20-30 rv

Monikkoperheen arki tapaaminen,  
Monikkoperheet ry  
20-30 rv



Suomen monikkoperheet ry toteutti vuosina 2000- 2005 monikkoperhevalmennusprojektin, jonka tavoitteena oli monikkoperheiden saattaminen terveydenhuollollisesti tasa-arvoiseen asemaan yhden lapsen saaneiden kanssa, kouluttaa sosiaali- ja terveysalan työntekijöitä havaitsemaan monikkoperheiden erityistarpeet sekä tuottaa tarvittavaa materiaalia ja kirjallisuutta perheiden sekä terveydenhuoltohenkilöstön käyttöön. Tavoitteena oli myös luodun, hyväksi havaitun monikkoperhevalmennus- toimintamallin mukaisten valmennusten järjestäminen ja laajentaminen monikkosyntyvyydeltään suurimpiin kuntiin. Tarkoituksena oli kehittää yhteistyötä perhevalmennusta järjestävien kuntien ja sairaanhoitopiirien kanssa. Perhevalmennusprojektin markkinointi suunnattiin kuntiin, joissa monikkoperhevalmennusprojekti ei vielä toiminut. Lisäksi tavoitteena oli Suomen Monikkoperhe ry:n Internet-sivujen kysymys- ja vastauspalstan ylläpitäminen (Ahlgrén ym. 2006, 2, 3.)

Suomen monikkoperheet ry toteuttaa vuosina 2009- 2011 Hyvä alkua hankkeen, jonka tavoitteena on saada tutkimustietoa siitä, mitkä tekijät kuormittavat suomalaisten monikkoperheiden psykososiaalista hyvinvointia ja saada monikkotiedon keruu osaksi valtakunnallista tilastotutkimusta. Tarkoituksena on myös päivittää Tuplaonni kirjanen, joka on kaikkien uusien monikkoperheiden saatavilla maksutta sekä sitouttaa ja saada sairaanhoitopiirit toteuttamaan monikkoperhevalmennusta, vertaistuen osalta yhdessä

paikallisen monikkoperheyhdistyksen kanssa. (Hyvä alku hanke suunnitelma 2009, 3- 4, 14)

Neuvolasta annettu vanhemmuuden tuki jää vähäiseksi ja vanhemmat eivät saa toivomaansa erityistietoutta kaksoslapsista. Monikkoperheet toivovatkin omaa valmennusryhmää. Taipaleen ja Havelan (2004) tutkimuksessa tuli esiin, että monikoperhevalmennus on hyödyllinen. Kaikki äidit (100 %) ja lähes kaikki isät (93 %) kokivat monikkoperhevalmennuksen tarpeelliseksi monikkoja odottaessaan. (Ahlgrén ym. 2006, 2, 15.)

Pirkanmaalla monikkovalmennus koostuu Tays:issa pidettävästä valmennuskerrasta, jota täydentää Pirkanmaan Monikkoperheet ry:n järjestämä monikkoperheen arki tapaaminen. Monikkovalmennus on tarkoitettu kaksosia tai kolmosia odottaville ensi- ja uudelleensynnyttäjille. Tavoitteena on, että tulevat monikkovanhemmat osallistuisivat valmennukseen raskausviikoilla 20- 30. Monikkoperheiden synnytysvalmennukseen liittyy yksi tapaamiskerta, jonka pituus on noin 2,5 tuntia.

Tapaamisen pääteemoja ovat monisikiöraskauden synty, - erityispiirteet, raskauden seuranta, synnytys, lasten tehostetun hoidon tarve, lapsivuodeaika sekä imetys. Lisäksi valmennukseen osallistuville tarjotaan mahdollisuus tutustumiskäyntiin vastasyntyneiden tarkkailu- ja teho-osastolla. Valmennuksen vetäjinä ja asiantuntijoina toimivat monikkovalmennukseen perehtyneet synnytyssalin kättilöt. (Kuusisto 2008.) Tays:issa toteutettu monikkoperhevalmennus pohjautuu Monikkoperhevalmennusprojektin asettamiin tavoitteisiin.

## 2.4 Vertaistuki

Kansalaisjärjestö Suomen Monikkoperheet ry on aloittanut toimintansa 1995 ja se toimii paikallisten monikkoperheyhdistysten valtakunnallisena kattojärjestönä. Toiminnan päärahoittajana toimii raha- automaattiyhdistys. Suomen Monikkoperheet ry:n jäseniä ovat paikalliset monikkoperheyhdistykset. Paikalliset monikkoperheyhdistykset toimivat ympäri Suomea, ja niitä on yhteensä 15. Pirkanmaan monikkoperheet ry ja muiden

paikallisyhdistysten tavoitteena on järjestää vapaaehtoisvoimin omalla toimialueellaan monikkoperheille tukea ja tietoa, tapahtumia ja vertaistapaamisia. Pirkanmaan monikkoperheet ry järjestää tuleville vanhemmille monikkoperheenarki- illan, jossa on tarkoituksena tarjota käytännön ohjeita ja tukea tulevaan monikkovanhemmuuteen. ([http://www.suomenmonikkoperheet.fi/monikko2008/smp\\_ry\\_paa.php](http://www.suomenmonikkoperheet.fi/monikko2008/smp_ry_paa.php))

Toiminnan kolme tärkeintä päätavoitetta ovat tiedon jakaminen monisikiöraskaudesta, - synnytyksestä ja monikkovanhemmuudesta, edunvalvonta koskien monikkolasten tasavertaisuutta yksittäin syntyneiden lasten kanssa, vertaistuen mahdollistaminen paikallisyhdistysten kautta. Suomen Monikkoperheet ry julkaisee Monikkoperheet lehteä, ylläpitää Internet sivuja sekä julkaisee monikkoperheille ajankohtaista materiaalia. Yhdistys toimii asiantuntijatahona monikkoperhe kysymyksissä ja hoitaa monikkoperheiden edunvalvontaa. ([http://www.suomenmonikkoperheet.fi/monikko2008/smp\\_ry\\_mitatemme\\_paa.php](http://www.suomenmonikkoperheet.fi/monikko2008/smp_ry_mitatemme_paa.php))

### 3 MONISIKIÖRASKAUS

#### 3.1 Biologinen ja geneettinen tausta

Monisikiöraskaus alkaa, kun yksi tai kaksi munasolua hedelmöittyy. Kahden eri munasolun hedelmöittyessä alkavat kehittymään erimunaiset, eli ditsygoottiset kaksoset. Jos vain yksi munasolu hedelmöittyy, kyseessä ovat samanmunaiset eli monotsygoottiset kaksoset. (Litmanen 2007, 129; Hall 2003, 736.)

Kaksosraskaudessa istukka voi olla diamnioottis- dikoriaalinen, diamnioottis-monokoriaalinen tai monoamnioottis- monokoriaalinen. Dikoriaaliset istukat voivat muodostua erillisiksi tai sulautua yhteen. Niiden väliltä löydetään vain harvoin verisuoniyhteyksiä. Monokoriaaliset istukat voivat muodostua erillisiksi tai sulautua yhteen. (Hall 2003, 737; Raudaskoski & Hartikainen 2004, 448.)

Ditsygoottisia kaksosia syntyy, kun yhtäaikaaisesti kypsyy, vapautuu ja hedelmöittyy kaksi munasolua. (Bjålie ym. 2005, 426; Hall 2003, 736; Raussi-Lehto 2007, 438.) Munasolut voivat olla lähtöisin samasta tai eri munasarjoista. On myös mahdollista että, munasolut ovat voineet hedelmöittyä jopa eri kuukautiskierroilla. Tätä ilmiötä kutsutaan termillä superfecundatio, eli eri yhdyntöjen seurauksena tapahtuva kahden tai useamman munasolun hedelmöittyminen. (Raussi- Lehto 2007, 438- 439; Hall 2003, 738).

Kaksosraskauksista 80 % on ditsygoottisia kaksosia (Narwitz & Schone 2006, 110). Ditsygoottiset kaksosten perimä on keskenään erilainen, kuten normaaleilla sisaruksilla. (Litmanen 2007, 129; Hall 2003, 737). Ditsygoottiset kaksoset voivat olla samaa tai eri sukupuolta. (Hall, 2003, 735.) Ditsygoottisilla kaksosilla on aina omat vesi- ja suonikalvot sekä omat istukat. Tätä kutsutaan diamnioottis- dikoriaaliseksi tilanteeksi. (Bjålie ym. 2005, 426; Endres & Wilkins 2005, 303).

Monotsygoottiset kaksoset ovat poikkeuksetta samaa sukupuolta ja heillä on täsmälleen samat perintötekijät. (Bjälle 2005, 426; Hall 2003, 735.) Tästä huolimatta monet monotsygoottiset kaksoset ovat erilaisia jollain tavoin, johtuen sekä geeniperimästä että satunnaisista tekijöistä (Hall 2003, 741).

Kun hedelmöittynyt munasolu jakautuu varhain, eli kolmen päivän sisällä hedelmöittymisestä sikiöille muodostuvat erilliset sikiökalvot ja istukat (Kaprio 2007, 10; Raussi-Lehto 2007, 439; Raudaskoski & Hartikainen 2004, 448). Tätä tilannetta kutsutaan diamnioottis- dikoriaaliseksi (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 448). Nämä tapaukset muodostavat 25- 30 % kaikista monotsygoottisista kaksosista (Kaprio 2007, 10; Hall 2003, 737).

Jos munasolun jakautuminen tapahtuu 4- 7 päivää hedelmöityksestä, vesikalvo on erillinen molemmilla sikiöillä. Sikiöille kehittyy kuitenkin yhteinen istukka ja suonikalvo. (Kaprio 2007, 10; Narwitz & Schone 2006, 110.) Tätä tilannetta kutsutaan diamnioottis-monokoriaaliseksi tilanteeksi, ja sen yleisyys on 70 %. Tilanteeseen saattaa liittyä istukoiden välisiä verisuoniyhteyksiä. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 448).

Sikiöille kehittyy yhteinen suoni- ja vesikalvo sekä istukka, jos munasolu jakautuu vasta toisella viikolla hedelmöittymisestä (Litmanen 2007, 129; Narwitz & Schone 2006, 110.) Tilannetta kutsutaan monoamnioottis- monokoriaaliseksi, ja sen yleisyys on 2 %. (Raussi-Lehto 2007, 439.) Monokoriaaliset istukat muodostavat verisuonianastomoseja istukkapuoliskojen välille, jotka altistavat napanuorien toisiinsa kiertymiselle ja feto-fetaaliselle transfuusiolle (Hall 2003, 737).

Suonikalvot ja istukka saattavat sulautua yhteen, jos blastokystit ovat kiinnittyneet kovin lähelle toisiaan (Litmanen 2007, 129). Sikiöiden kasvu voi olla hyvinkin erilaista, johtuen mahdollisista verisuoniyhteyksistä istukassa (Litmanen 2007, 129; Hall 2003, 736). Arviolta noin 1-2 prosenttia syntyvistä kaksosista kuuluvat tähän hyvin riskialttiiseen

raskausmuotoon (Kaprio 2007, 10). Harvinaisimmissa tapauksissa solun jakautuminen tapahtuu yli 14 vuorokautta hedelmöitymisestä. Tällöin solun jakautuminen jää kesken ja alkioille muodostuu yhteisiä elimiä. (Raussi- Lehto 2007, 439; Hall 2003, 739.) Tästä voidaan käyttää myös nimitystä siamilaiset kaksoset (Raussi- Lehto 2007, 439).

Kolmen tai sitä useamman sikiön kehitys alkaa, kun useita munasoluja kypsyy ja vapautuu samanaikaisesti tai tsygootin pilkkoutumisesta ensimmäisen solunjakautumisen aikana. Edellä mainittu kehitys voi olla seurausta myös näiden molempien yhdistelmästä. (Bjälle 2005, 426; Endres & Wilkins 2005, 303.)

### 3.2 Yleisyys ja siihen johtavat syyt

Nykyään kaksosten yleisyys Suomessa on noin 3 % (Raussi-Lehto, 438). Tays:ssa kaksossynnytyksiä oli vuonna 2004 yhteensä 110 eli 2,3 % kaikista synnytyksistä, ja vuonna 2005 yhteensä 100 eli 2,1 % kaikista synnytyksistä (Breilin 2006, 25). Monisikiöraskauksien määrä kasvoi vuoteen 1998 asti, mutta kääntyi laskuun todennäköisesti yhden alkion siirron yleistyessä koeputkihedelmöityshoidoissa (Stakes 2008, 3).

Eri tutkimusten mukaan kaksosten esiintyvyys on vaihtelevaa verrattaessa tilastoja maailmanlaajuisesti. Euroopassa kaksosraskauksien esiintyvyys on 10- 15/ 1000 raskautta kohden. Kaksosten esiintyvyys on jopa kaksinkertainen Afrikassa verrattuna Suomeen. Aasiassa kaksosten syntyvyys on huomattavasti pienempi, eli vain 5- 9 tuhatta synnytystä kohden. (Kaprio 2007, 7.)

Monisikiöisyyden tiedetään periytyvän ensisijaisesti äidin puolelta. (Raussi- Lehto 2007, 439). Geneettistä perimätaipumusta puoltaa tieto siitä että naisista, jotka ovat itse ditsygoottisia kaksosia, 1,7 % saa kaksoset. Vastaavasti isän kaksosuus lisää todennäköisyyttä vain 0,8 %. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 447, 448.)



Ditsygoottisten kaksosraskauksien esiintyvyys vaihtelee runsaasti maailmanlaajuisesti (Raussi-Lehto 2007, 439). Kaksosraskauksista 66 % syntyy ditsygoottiset kaksoset. Tutkitusti altistaviksi tekijöiksi on luokiteltu äidin korkea ikä, synnyttäneisyys, keskimääräistä suurempi pituus, äidin puolen kaksosuus, musta rotu, hyvä ravitsemustila, suuret gonagotropiini pitoisuudet, sekä gonagotropiinilääkitys lapsettomuushoidon yhteydessä. Synnyttäneisyys on iästä riippumaton altistava tekijä kolmannelta raskaudesta eteenpäin. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 447, 448.) Rodulliset erot johtuvat todennäköisesti geneettisistä eroavaisuuksista. Afrikan mustalla väestöllä todetaan eniten ditsygoottisia kaksosraskauksia 20- 46/ 1000 raskautta kohden. Vastaavasti eurooppalaisilla ja amerikkalaisilla sama suhdeluku on 9-14 / 1000 raskautta kohden. (Raussi-Lehto 2007, 439.)

Monotsygoottisten kaksosten esiintyvyys on melko samanlainen eri puolilla maailmaa, eli monotsygoottisten kaksosten esiintyvyys on 0,4 %. (Kaprio 2007, 9.) Ei tiedetä varmuudella, mitkä tekijät vaikuttavat identtisten kaksosten esiintyvyyteen. On hyvin harvinaista, että taipumus saada identtisiä kaksosia periytyy. (Hall 2003, 739.) Äidin tietyillä ominaisuuksilla tai iällä, ei ole todettu olevan yhteyttä monotsygoottisten kaksosten esiintyvyyteen (Kaprio 2007, 9). Toisaalta monotsygootti kaksosraskauteen ainoa tunnettu altistava tekijä on äidin ikä. Alle 20- vuotiailla naisilla esiintyvyys on alle 3 ja yli 40- vuotiailla 4,5/ 1000 raskautta kohden. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 448.)

Tiettyä syytä monisikiöraskauksien yleisyyden lisääntymiseen tietyissä suvuissa tai roduissa ei tiedetä, mutta lisääntyneet määrät follikkelia stimuloivaa hormonia ja luteinisoivaa hormonia liittyvät mahdollisesti ilmiöön. (Raussi- Lehto 2007, 439; Hall 2003, 737.) Lisäksi myös muut erilaiset variaatiot gonagotropiinien tuotannossa saattavat selittää tätä ilmiötä (Raussi- Lehto 2007, 439; Hall 2003, 737).

### 3.3 Lapsettomuushoidot ja monisikiöisyys

Suomessa hedelmöityshoitojen seurauksena saa alun joka neljäs kaksosraskaus. Hedelmöityshoitojen seurauksena monisikiöisiä raskauksia esiintyy noin 12 prosentilla hoitoa saaneista. Määrä on ollut laskusuuntainen, sillä vielä vuosituhannen alussa joka neljäs hedelmöityshoidoilla alkanut raskaus oli monisikiöinen. Nykyään useissa maissa monisikiöisten raskauksien osuus hedelmöityshoidoilla alkaneista raskauksista on vielä erittäin suuri (30- 40 %). Suuren esiintyvyyden syynä on se, että kohtuun siirretään kerralla jopa 4- 7 alkioita. (Suikkari 2007, 69.) Huolellisessakin seurannassa monisikiöisen raskauden riski kasvaa, jos lapsettomuushoidossa käytetään gonagotropiineja, klomifeenia tai niiden yhdistelmää (Tiitinen & Hovatta 2004, 192).

Suomi on ollut edelläkävijä ajaessaan asioita turvallisen koeputkihedelmöityksen puolesta, jonka seurauksena tulokset ovat maailmanlaatuista huippuluokkaa. Hedelmöityshoitojen yhteydessä ainoa tehokas keino välttää monisikiöraskauksia on siirtää vain yksi alkio kerrallaan kohtuun, koska se laskee kaksosraskauden todennäköisyyden noin 1,2 prosenttiin. Hoitojen tehokkuus ei heikkene, koska edellytyksenä on alkioiden menestyksellinen käsittely, pakastaminen ja sulattaminen. (Suikkari 2007, 69, 70.)

Väestöliiton Helsingin klinikalla toteutetaan 70 prosenttia kaikista alkionsiirroista periaatteella, jossa vain yksi alkio siirretään kohtuun. Väestöliiton klinikoilla kaikista alkaneista raskauksista noin 8 prosenttia on kaksosraskauksia. Koko Suomen alueella kehitys on ollut samansuuntaista. (Suikkari 2007, 70.) Yhden alkion siirtoja tehdään noin 46 prosenttia ja kolmen alkion siirtoja vain poikkeustapauksissa (Suikkari 2007, 70; Suikkari & Mäkinen 2007, 20).

## 4 KAKSOSRASKAUS

### 4.1 Kaksosraskaus ja -synnytys psykologisena kokemuksena

Raskaus ja äidiksi tuleminen on naisen elämässä tärkeä vaihe. Raskaus sekoittaa naisen elämän kriisin tavoin, mutta johtaa kypsymiseen. Reagointi uuteen tilanteeseen näyttää olevan sitä voimakkaampaa, mitä useampi lapsi on syntymässä. (Sarkkinen & Savonlahti 2007, 105.)

Tieto kaksosista on yllätys ja sokki, vaikka se olisi myös onnen ja ilon aihe. Raskaudesta ollaan kiitollisia ja sitä voidaan pitää myös siunauksena. Osalle äideistä kaksosten odottaminen on vaikea hyväksyä. Sen hyväksyminen on helpompaa, jos mahdollisuus on ollut tiedossa etukäteen, tai jos tieto saadaan jo raskauden varhaisessa vaiheessa. Sen sijaan, jos tieto kaksosraskaudesta tulee kovin myöhään tai äiti on monisynnyttävä, on raskauden hyväksyminen vaikeampaa. (Heinonen & Kylmä 2004, 5, 6.)

Äiti alkaa muodostaa kuvaa kaksosista jo ennen heidän syntymäänsä. Äiti saattaa sijoittaa erilaisia mielikuvia lapsiin. Saattaa olla, että hän sijoittaa toiseen lapseen myönteisiä ja toiseen kielteisiä ajatuksia. Kaksosraskauteen liittyvien komplikaatioiden sekä ennenaikaisuuden riski vaikeuttaa suhteen muodostumista vauvoihin. Äiti saattaa yrittää suojata itseään mahdolliselta menetykseltä, eikä uskalla iloita raskaudestaan. Toisaalta aikaa kaksosiin sopeutumisessa on vähemmän, sillä kaksoset syntyvät keskimäärin aikaisemmin. (Manninen 2003, 131, 132.) Vanhempien tutustumista vauvoihin on tuettava jo raskausaikana. Heidän kiinnostustaan vauvojen ominaispiirteitä kohtaan on hyvä tukea esimerkiksi ultraäänitutkimuksen yhteydessä. (Manninen 2003, 146, 147; Raudaskoski & Hartikainen 2004, 454.)

Jos toinen kaksosista kuolee kohtuun, äiti joutuu kantamaan sisällään sekä kuollutta että elävää kaksosta. Tämä aiheuttaa äidille paljon ristiriitaisia tunteita. Myös toisen kaksosen henki on tällöin vaarassa. Molempien kaksosten kuolema on erittäin raskas kokemus äidille. Äidin onkin tärkeä tietää, että raskauden kulku ei ole hänen hallittavissaan. (Manninen 2003, 132.)

Kaksosia odottaessa isä joutuu usein ottamaan aktiivisemman roolin raskaudessa jo paljon aikaisemmin, kuin yhtä lasta odottavat isät. Hän pystyy tekemään havaintoja kaksosista jo varhaisessa vaiheessa ultraäänitutkimusten yhteydessä. Isät reagoivat tilanteeseen eri tavoin: toiset haluava tarkkaa tietoa, toiset haluavat tukea lasten äitiä ja jotkut käyvät läpi omia fyysisiä tuntemuksiaan. Kaikki isät joutuvat kuitenkin käymään läpi psyykkisen prosessin ja valmistautumaan kaksosten isyyteen. (Manninen 2003, 132.)

Kaksosten synnytys ei merkitse äidille kaksinkertaista kärsimystä. Se on kuitenkin usein kontrolloitu tapahtuma, johon osallistuu paljon hoitohenkilökuntaa. Äiti ei yleensä pääse tutustumaan vauvoihin heti ja viettämään vauvojensa kanssa samanlaisia ensi hetkiä, mihin yhden lapsen syntyessä yleensä on mahdollisuus. Usein kaksoset viedään heti pois vanhempien luota lastenlääkärin tarkastettavaksi. (Manninen 2003, 134, 135.) Vanhempia on syytä valmistaa siihen, että puolet kaksosista joutuu vastasyntyneiden tarkkailu- tai teho-osastolle. (Kuusisto, 2009) Kuitenkin myös kaksossynnytyksessä pyritään siihen, että aina kun on mahdollista, lapset pääsisivät äidin rinnalle syntymän jälkeen (Raussi-Lehto 2007, 448). Isä pääsee kuitenkin aina tutustumaan lapseen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (Manninen 2003, 134, 135; Raussi-Lehto 2007, 448).

B-kaksonen joutuu kohtaamaan enemmän ongelmia ja riskitekijöitä synnytyksen aikana, kuin A-kaksonen. Kaksosten syntymäjärjestys vaikuttaa myös siihen miten vanhemmat suhtautuvat lapseen. Ensimmäisenä syntyneeseen liitetään usein enemmän myönteisiä ajatuksia kuin toisena syntyneeseen. Vanhemmat usein lasten kasvaessakin viittaavat siihen kumpi on ollut ensimmäinen. (Manninen 2003, 135.)

#### 4.2 Kaksosraskauden erityispiirteet

Raskauteen liittyvät fysiologiset muutokset ovat kaksosia odottavalla äidillä voimakkaampia ja alkavat aikaisemmin, kuin yhtä lasta odottavalla. Äidin keho joutuu sopeutumaan suurempaan muutokseen, kuin yksisikiöisessä raskaudessa. Hormonitasot ovat korkeammat, verivolyymi lisääntyy enemmän ja kohtu on suurempi kuin yksisikiöisessä raskaudessa. (Fisk 2007, 167, 169; Gyamfi ym. 431, 432.) Progesteronin, estrogeenin sekä hCG:n eli korionkonadotropiinin pitoisuudet ovat korkeammat

kaksosraskaudessa. Korkeammat hormonipitoisuudet johtuvat sekä sikiöistä että istukoista. Hormonien suuremmat pitoisuudet vaikuttavat monin tavoin kaksosraskaudessa. (Gyamfi et. al. 2005, 432.)

Kaksosraskaudessa alkuraskauden pahoinvointi on yleisempää, kuin yksisikiöisessä raskaudessa (Fisk 2007, 169; Gyamfi ym. 2005, 431, 432). Pahoinvoinnin on arveltu jollain tavalla liittyvän hCG:n erityksen lisääntymiseen raskauden aikana. Se ylläpitää progesteronin eritystä ja edistää steroidihormonien synteesiä. hCG erittyy sekä istukasta että trofoblastisoluista. hCG pitoisuus on alkuraskaudesta korkea, minkä jälkeen se laskee. (Sariola & Haukkamaa 2004, 320- 322.) Varsinkin beta-hCG:n korkeamman pitoisuuden kaksosraskauksissa verrattuna yksisikiöisiin raskauksiin on ajateltu johtavan raskaudenaikaiseen pahoinvointiin ja oksenteluun (Gyamfi ym. 2005, 432).

Myös prolaktiini pitoisuudet ovat kaksosraskaudessa korkeampia, kuin yksisikiöisessä raskaudessa. Prolaktiini stimuloi rintarauhasen epiteelikudoksen kasvua raskauden aikana ([www.laboratorio.fi/lake/laboratoriotutkimukset](http://www.laboratorio.fi/lake/laboratoriotutkimukset)) Kaksosraskaudessa rinnat tuntuvat siis suuremmilta ja alkavat kasvaa aikaisemmin, kuin yksisikiöisessä raskaudessa.

Verivolyymin kasvu, eli hemodiluutio on kaksosraskaudessa suurempaa, kuin yksisikiöisessä raskaudessa, sillä verenkiertoelimistön on huolehdittava kolmen yksilön verenkierrasta (Raussi-Lehto 2007, 442, 443). Veren hemoglobiini taso laskee, sillä plasmavolyymi lisääntyy enemmän, kuin punasolumassa (Sariola & Haukkamaa 2004, 320). Raudan tarve kasvaa myös kahden sikiön tarpeen vuoksi (Fisk 2007, 169; Gyamfi ym. 2005, 432). Rutiininomainen rautalisä ei kuitenkaan ole tarpeen kaksosraskaudessakaan. Normaalisti kaksosraskaudessa riittää, jos hemoglobiini on 100-110 g/l (Alghrén 2005, 7).

Kaksosraskaudessa symfyysi- fundus mitta kasvaa viitealueen yläpuolella, mutta sen mukaisesti (Raussi-Lehto 2007, 444; Hall 2003, 741). Kohdun nopea kasvu venyttää sidekudoksia aiheuttaen näin kipua myös ylävatsalla (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 451, 452). Kohdun ylivenyntyminen, hormonaaliset muutokset sekä istukoiden toiminta ja sikiöiden liikkuminen aiheuttavat kohdun rasitusta. Tämä voi aiheuttaa fysiologisia supistuksia, joita kaksosraskaudessa on enemmän kuin yksisikiöisessä raskaudessa.

(Raussi-Lehto 2007, 443.) Kohdun suurempi koko aiheuttaa paljon oireita kaksosia odottavalle. Se saattaa painaa ruuansulatuselimistöä, mikä aiheuttaa pahoinvointia, kuvotusta sekä närästystä. (Alghrén 2005, 7.) Kohdun koko saattaa aiheuttaa myös hengitysvaikeuksia äidille loppuraskaudesta (Chang 2004, 237). Loppuraskaudesta kohtu saattaa olla niin suuri, että se haittaa odottajan liikkumista. Myös jalat ja selkä kuormittuvat kohdun suuren painon vuoksi. (Alghrén 2005, 7.) Kaksosia odottavilla äideillä onkin enemmän selkäsärkyjä verrattuna yhtä lasta odottaviin (Fisk 2007, 169).

Energian tarve on suurempi kaksosraskaudessa, kuin yksisikiöisessä raskaudessa. Sen arvioidaan olevan noin 300 kilokaloria suurempi, kuin yksisikiöisessä raskaudessa. (Raussi-Lehto 2007, 442, 443.) Toisaalta suositellaan äidin energiantarpeen laskemista painoindeksi huomioiden (Gyamfi ym. 2005, 432; Luke 2004, 147). Oheisessa taulukossa esitetään painoindeksiin sidotut suositukset ruokavaliosta kaksosraskauden aikana (Taulukko 1). Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan kaksosraskauden aikana suositellut vitamiini ja hivenaine määrät ovat huomattavasti suurempia, kuin normaalisti raskauden aikana suositellut. (Luke 2005, 410.) Suomessa vastaavia suosituksia ei ole tehty.

Taulukko 1. Painoindeksiin sidotut ruokavaliosuosituksiset kaksoisraskauksissa.

	Ei-raskaana olevat	Yhtä lasta odottavat	Kaksosia odottavat	Kaksosia odottavat	Kaksosia odottavat	Kaksosia odottavat
			alipaino	normaalipaino	lievä ylipaino	ylipaino
			BMI <19.8	BMI 19.8-26	BMI 26.1-29	BMI >29
Energiantarve (kcl)	2200	2500	4000	3500	3250	3000
Proteiinien tarve (g)	110	126	200	175	163	150
Hiilihydraattien tarve (g)	220	248	400	350	325	300
Rasvojen tarve (g)	98	112	178	156	144	133

Lähde: Luke ym. 2003b, 935

Kaksosraskaudessa suositeltava painonnousu on huomattavasti suurempi, kuin yksisikiöisessä raskaudessa. Painoindeksiin (BMI) sidotut suositukset painon noususta kaksosraskaudessa ovat: alipainoisilla 23- 28 kg, normaalipainoisilla 18- 24 kg, ylipainoisilla 17- 21 kg ja merkittävän ylipainoisilla 13- 17 kg. Suositellaan, että äidin painonnousu kaksosraskaudessa tulisi 20 raskausviikkoon mennessä olla 7- 16 kg (Luke ym. 2003b, 935). Painon tulisi nousta noin 0.4- 0.7 kg viikossa toisen ja kolmannen trimesterin aikana (Luke ym. 2003a, 217- 224).

Varhainen raskaudenaikainen painon nousu kasvattaa parhaiten äidin ravintoainevarastoja, jotka ovat tärkeitä sikiöiden kasvun kannalta (Luke 2004, 152). Sikiö kärsiikin ravinnon puutteesta enemmän kuin äiti ja siksi sikiön kasvulla ja kehityksellä ja äidin painon nousulla on selvä yhteys (Alghrén 2005, 9). Tutkimukset osoittavat, että äidin riittävä ja monipuolinen ravitsemus raskausaikana vähentää komplikaatioita ja ennustaa pidempää raskauden kestoa sekä lasten suurempaa syntymäpainoa. (Luke 2004, 146- 162).

Kaksosäidin pitäisi välttää rankkoja urheilusuorituksia ja muuta suurta fyysistä rasitusta raskausviikon 20 jälkeen. Myös seksuaalista kanssakäymistä tulisi välttää, jos se aiheuttaa epämiellyttäviä tuntemuksia tai kipua, verenvuotoa tai pitkittyneitä supistuksia. (Alghrén 2005, 10.) Kaksosia odottavan äidin pitäisi jäädä äitiyslomalle raskausviikolla 26. Tällöin äidin on myös syytä vähentää fyysistä aktiivisuuttaan ja levätä, sillä suurin ennen aikaisen synnytyksen riski on viikoilla 26.- 34. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 451).

#### 4.3 Kaksosraskauden seuranta

Diagnoosi kaksosraskaudesta tehdään subjektiivisten ja kliinisten oireiden sekä löydösten perusteella. Oireita ovat voimakkaat raskausoireet, suuri kohdun koko, symfyysi- fundus mitan kasvu viitealueen yläpuolella, mutta sen mukaisesti, sekä kuultavissa olevat kahdet sydänäänet. Diagnoosi varmistetaan aina kaikututkimuksella. Kaikututkimuksessa selvitetään myös aina tsygositeetti. Tsygositeetti selvitetään plasentaation, eli istukankehityksen perusteella. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 448, 449.)

On tärkeää, että kaksosten plasentaatiotyyppi selvitetään jo toisen trimesterin alussa (Uotila 2007, 331). Istukka ja kalvorakenteiden tutkiminen on tärkeää, sillä se määrittää aluksi miten raskautta seurataan. (Alghrén 2005, 6.) Suomessa lähes kaikki monisikiöiset raskaudet todetaan ensimmäisessä rakenneultraäänitutkimuksessa (Stefanovic 2007, 195). Se tehdään raskausviikoilla 11- 14. Ultraäänitutkimukseen osallistumien on kuitenkin vapaaehtoista. (Värynen 2007, 185.)

Monisikiöraskautta seurataan tiiviisti äitiysneuvolan ja äitiyspoliklinikan yhteistyönä. Seurantakäyntien tiheys ja paikka ovat yksilöllisiä, riippuen esimerkiksi tsygositeetista. Äitiysneuvola ja –poliklinikka tekevät yhteistyötä diagnosoinnin, seurannan sekä synnytyspaikan ja –tavan valinnassa (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 447- 451). Äitiysneuvolassa äidin ja sikiön vointia seurataan tavallista tiheämmin. Neuvolassa keskeistä on seurata sikiöiden kasvua, lapsiveden määrää, sikiöiden liikettä ja tarkkailla sydänääniä. Sikiöiden kasvua seurataan myös doppler- ultraäänellä, sillä symfyysi- fundus- mitan seuraaminen ja ulkotutkimus eivät välttämättä anna tietoa sikiöiden kasvusta. (Eskola & Hytönen 2002, 199.) Muuten kaksosia odottavalle tehdään samat rutiini tutkimukset, kuin yhtä lasta odottavallekin (Alghrén 2005, 6).

Downin oireyhtymän seulontaa verikokeen, eli alfafetoproteiinin (AFP) ja koriongonadotropiinin vapaan beetaketjun (hCG-B-V) seulonnan avulla ei voida kaksosraskaudessa tehdä, sillä se ei ole kaksosraskaudessa luotettava. (<http://www.laboratorio.fi/lake/laboratoriotutkimukset>) Estriolin suuremmat pitoisuudet äidin veressä muuttavat seulonnan tulosta kaksosraskaudessa (Gyamfi ym. 2005, 432). Niskapöimän mittaus on toimiva menetelmä Downin oireyhtymän seulonnassa kaksosraskaudessa (Saarelainen 2009).

Äidin painon nousua on seurattava tarkasti lisääntyneen pre-eklampsia riskin vuoksi ja siksi, että heikko painon nousu lisää ennenaikaisuuden riskiä huomattavasti. Nopeasti kohonnut paino voi kertoa pre-eklampsiaista johtuvista turvotuksista. (Alghrén 2005, 6; Luke 2004, 146-162) Kohonneen pre-eklampsia riskin vuoksi äidin verenpainetta, virtsan proteiineja sekä subjektiivista vointia seurataan erityisen tarkasti (Laivuori & Yli-Korkala 2004, 435).



Äidin virtsassa esiintyvät proteiinit saattavat myös olla merkki tulehduksesta, varsinkin jos äidin verenpaine ei ole kohonnut. Jos virtsassa on proteiineja, on hyvä tutkia virtsan bakteerit viljelyllä. (Ahlgrén 2005, 6.) Ennenaikaisen synnytyksen riskin vuoksi mahdollisten tulehdusten diagnosointi ja hoitaminen on tärkeää monisikiöisessä raskaudessa (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 451). Infektio on yksi tavallisimmista syistä, jotka aiheuttavat kalvojen puhkeamista. Monisikiöraskaudesta johtuva kalvojen ylivenyminen on riskitekijä kalvojen puhkeamiselle. Kalvojen puhkeamisen jälkeen lapsi syntyy 60- 90 % todennäköisyydellä viikon sisällä. (Saarikoski 2004, 418.)

Tampereen yliopistollisen sairaalan ohjeiden mukaan kaksosia odottava äiti tulisi lähettää äitiyspoliklinikalle 20. raskausviikolla (Uotila 2007, 328- 331). Toisaalta Alghrénin (2005) kokoamassa Suomen Monikkoperheet ry:n monikkoperhevalmennus kansiossa todetaan, että mikäli sikiöillä on erilliset kalvot ja raskaus on sujunut ongelmitta, äitiyspoliklinikka käynnit voidaan aloittaa vasta raskausviikoilla 28- 32. Jos kyseessä taas on monotsygoottinen kaksosraskaus, seuranta äitiyspoliklinikalla aloitetaan raskausviikoilla 18.- 24. (Alghrén 2005, 6.)

Äitiyspoliklinikalla raskautta seurataan noin kahden viikon välein, riippuen anamneettisistä tiedoista sekä tutkimuslöydöksistä. Äitiyspoliklinikalla seurataan erityisesti kohdunsuun tilanteen kehittymistä, sillä kohdunkaula ei aina kestä kaksosten nopeaa kasvua ja saattaa avautua paineen vaikutuksesta. Kohdunsuu on erityisen suuren rasituksen alaisena raskausviikoista 26- 28 alkaen, jolloin kaksosraskaudessa kohdun koko alkaa vastata jo täysiaikaista yksisikiöistä raskautta. Raskausviikoilla 26- 34 kohdunkaulan tilannetta tulisikin seurata 1-2 viikon välein. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 451.) Kohdunkaulan lyheneminen ennustaa ennenaikaista synnytystä (Gyamfi ym. 2005, 435). Toinen tärkeä seurattava asia on kaksosten kasvu, sillä se hidastuu usein 28 raskausviikon jälkeen (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 451). Kaksosten paino pitäisi arvioida joka kuukausi käyttäen ultraääntä (Luke 2004, 154).

Vaikka monisikiöisen raskauden seurannassa yritetään ehkäistä ennenaikaisuutta seuraa myös yliaikaisuudesta komplikaatioita. Yli 38 viikkoa kestäneessä raskaudessa saattaa kehittyä istukan vajaatoimintaa. Tässä tapauksessa seurantaa on tihennettävä tai jatkettava osastolla. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 452.)

#### 4.4 Kaksosraskaudesta johtuvat häiriöt

Kaksosraskaus on riskiraskaus (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 449). Siihen liittyy monia raskautta komplisoivia tekijöitä (Raussi-Lehto 2007, 442). Raskauskomplikaatiot ovat yleisiä kaksosraskauksissa, sillä tutkimusten mukaan yli puolella kaksosäideistä todetaan jokin erityisseurantaa tai hoitoa vaativa tila (Purho ym. 2008, 1111).

Osa monisikiöraskauksista muuttuu yhden sikiön raskauksiksi (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 452; Fisk 2007, 168). Tämä voi tapahtua ensimmäisten viikkojen aikana ja silloin raskaana oleva ei edes tiedä odottaneensa kaksosia. Toisen sikiön kehittyminen voi pysähtyä myös ensimmäisen kolmanneksen aikana ja silloin sikiö surkastuu. Toisen sikiön kuolema saattaa uhata myös toisen sikiön terveyttä. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 452.)

Raskaus saattaa keskeytyä myös siten, että A-sikiö poistuu kohdusta ja B-sikiö jatkaa kehittymistään omassa kalvopussissaan (Raussi- Lehto 2007, 441). On arvioitu, että noin 20- 50 % ensimmäisellä raskauskolmanneksella löydettyistä kaksoisraskauksista päättyy yksisikiöisenä (Fisk, 2007, 168). Yksisikiöiseen raskauteen verrattaessa kaksosraskaudessa sikiökuolema riski on 3-4 kertaa suurempi. (Fellman 2004, 117.) Perinataalisen kuolleisuuden riski on kaksosilla 2-11 kertainen verrattuna yksisikiöiseen raskauteen (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 435).

Voimakas raskaudenaikainen oksentelu, eli hyperemesis gravidarum on kaksosraskauteen liittyvä häiriö (Ylikorkala 2004, 406; Gyamfi ym. 2005, 431, 432). Se tarkoittaa alkuraskauden aikana esiintyvää oksentelua, joka johtaa kuivumiseen ja selvään painonlaskuun. Lähes kaikki raskaana olevat kärsivät lievästä pahoinvoinnista ja oksentelusta, mutta hyperemesis tarkoittaa lähes jatkuvaa yökkäilyä, joka johtaa raskaana olevan kuivumiseen. Se alkaa normaalina raskauteen liittyvänä pahoinvointina ja oksenteluna. Parin viikon kuluttua oksentelu kuitenkin pahenee. Hyperemesiksen syytä ei tunneta, mutta sillä saattaa olla yhteyttä korkeisiin hCG pitoisuuksiin. (Ylikorkala 2004, 406- 408.)

Verivolyymin suuremmasta kasvusta johtuen anemia on yleisempää kaksosraskaudessa, kuin normaalissa raskaudessa (Fisk 2007, 169; Raussi-Lehto, 2007, 442- 443). Anemian oireet riippuvat raskausaikana enemmän siitä, miten nopeasti hemoglobiini laskee kuin siitä, miten alhainen se todellisuudessa on. Yleensä anemian oireita voidaan pitää liian alhaisesta hemoglobiinista johtuvina, jos hemoglobiini on alle 90 g/l. Näin alhainen arvo vaikuttaa sikiön kasvuun ja aiheuttaa ennenaikaisuuden uhan. (Leinonen ym. 2004, 524.) Keski- tai loppuraskaudessa esiintyvä anemia liittyykin merkittävästi ennenaikaiseen synnytykseen (Luke 2004, 150).

Useimpien tutkimusten mukaan gestationaalinen diabetes on yleisempää kaksosraskaudessa, kuin yksisikiöisessä raskaudessa (Fisk 2007, 169). Devine & Malone (2004) taas toteaa artikkelissaan, etteivät uusimmat tutkimukset todista gestationaalisen diabeteksen suurempaa esiintyvyyttä kaksosraskauksissa verrattuna yksisikiöisiin raskauksiin (Devine & Malone 2004, 229). Raussi-Lehto (2007) ei pidä verensokeriseulontaa tärkeänä, sillä tutkimustieto gestaatiidiabeteksen yleisyydestä monisikiöraskauksissa on ristiriitaista (Raussi-Lehto 2007, 443).

Raskaudenaikaiset verenvuodot ovat kaksosraskauteen liittyvä häiriö (Raussi-Lehto 2007, 445). Alkuraskauden verenvuoto voi olla merkki uhkaavasta keskenmenosta. Toisaalta yhdellä viidestä raskaana olevista naisista esiintyy niukkaa verenvuotoa poisjääneiden kuukautisten ajankohtana.(Ulander & Tulppala 2004, 394.) Vuotoon voi olla monia syitä, mutta uhkaava keskenmeno on verenvuodon yleisin syy myös monisikiöraskauksissa (Alghrén 2005, 8).

Raskauden jälkipuoliskolla esiintyvän verenvuodon syynä voi olla etinen istukka, istukan ennenaikainen irtoaminen, kohdun repeämä tai synnytyksen käynnistyminen (Heinonen & Puolakka 2004, 455). Etinen istukka, kohdun repeämä ja synnytyksen ennenaikainen käynnistyminen ovat kaksosraskauteen liittyviä häiriöitä (Raussi-Lehto 2007, 445). Etinen istukka on 40 % yleisempää monisikiöraskaudessa, kuin yksisikiöisessä raskaudessa. (Alghrén 2005, 8.)

Äidin verenpainetauti on kaksosraskauksissa kahdesta kolmeen kertaa yleisempää, kuin normaalissa raskaudessa (Devine & Malone 2004, 228). Jos äidin verenpaineen nousuun

liittyy myös proteinuriaa sekä sikiöiden kasvun vakavaa hidastumista, kyseessä yleensä on pre-eklampsia. (Stefanovic 2007, 194). Pre-eklampsia on yksi äidin raskauskomplikaatioista, joka vaikuttaa sikiöiden kasvuun. Se on monisikiöraskauksissa noin kahdesta kolmeen kertaa yleisempää kuin yksisikiöisessä raskaudessa (Raussi-Lehto 2007, 443; Gyamfi et. al. 2005, 437-439). Toisaalta todetaan, että pre-eklampsian riski monisikiöraskaudessa olisi jopa kuusinertainen verrattuna yksisikiöiseen raskauteen (Laivuori & Ylikorkala 2004, 435).

Pre-eklampsia voi puhjeta milloin vain 20. raskausviikon jälkeen, mutta yleisintä puhkeaminen on 32.- 36. raskausviikoilla. Diagnoosi tehdään äitiysneuvolassa, jossa virtsan proteiineja ja verenpainetta seurataan jokaisella käynnillä. Monisikiöraskaudet kuuluvat riskiryhmään ja niitä on seurattava erityisen tarkasti. (Laivuori & Yli-Korkala 2004, 435.)

Jos raskaana olevan verenpaine kohoaa selvästi tai virtsassa on proteiineja, on hänet lähetettävä äitiyspoliklinikalle. Pre-eklampsian oireina ovat verenpaineen kohoamisen ja proteinurian lisäksi äidin subjektiiviset oireet. Lievään pre-eklampsiaan ei liity aina spesifisiä oireita. Pre-eklampsiaa kutsutaan lieväksi, jos äidin verenpaine pysyy matalampana, kuin 160/110 mmHg ja proteinuria on vähäisempää, kuin 5g/vrk, eikä potilaalla ole subjektiivisia oireita. Vaikeammassa taudinkuvassa äiti voi tuntea subjektiivisia oireita, kuten päänsärkyä, ylävatsakipua, näköoireita sekä hengenahdistusta. Pre-eklampsiaa kutsutaan vaikeaksi myös jos verenpaine tai proteinuria ylittävät edellä mainitut arvot. Vakavimmillaan tila johtaa eklampsiaan, eli kouristuskohtaukseen. (Laivuori & Yli-Korkala 2004, 431- 435.)

Kaksosraskauksissa pre-eklampsiaa esiintyy keskimääräistä aikaisemmin sekä vakavammin oirein, kuin normaalissa raskaudessa. Lisäksi se muuttuu useammin eklampsiaksi kaksosraskaudessa kuin yksisikiöisessä raskaudessa. (Devine & Malone 2004, 229.) Vaikea pre-eklampsia saattaa johtaa hemolyysiin, maksan toiminnan muutokseen sekä trombosytopeniaan. Tätä oireyhtymää kutsutaan HELLP- syndroomaksi. (Laivuori & Yli-Korkala 2004, 432; Stefanovic 2007, 412.)

Raskaushepatoosi on raskauden aikana esiintyvä maksasairaus, joka on yleinen monisikiöraskauksissa. Sen tarkkaa syytä ei tiedetä, mutta sen arvellaan johtuvan maksan

ylikuormituksesta. Monisikiöraskaudessa korkeammat hormonitasot kuormittavat maksaa enemmän, kuin normaalissa raskaudessa. Oireena raskaushepatoosissa on ihon kutina, joka alkaa tavallisesti 30- 36. raskausviikolla. Tauti on helppo todeta tyypillisten oireiden perusteella sekä verikokeilla. Raskaushepatoosi on äidille vaaraton, mutta sikiölle se aiheuttaa kohdunsisäisen kuoleman riskin, etenkin raskauden loppuvaiheessa. Synnytys käynnistetäänkin useimmiten ennen laskettua aikaa. Kaikista suomalaisista naisista siihen sairastuu vain 0.3-1.0 % (Stefanovic & Yli-Korkala 2004, 441- 443). Raskaushepatoosia esiintyy 9.4 %:lla kaksosia odottavista naisista (Purho ym. 2008, 1112).

Kaksosraskauden yleisin komplikaatio on ennenaikainen synnytys. Noin puolet kaksosista syntyy ennenaikaisesti. (Gyamfi ym. 2005, 434- 443; Purho ym. 2008, 1114.) Ennenaikaiseen synnytykseen johtavat kohdunsuun ennenaikainen kypsyminen sekä ennenaikainen lapsiveden meno (Raussi-Lehto 2007, 445). Lisäksi kohdunkaula ei aina kestä kohdun sisällön nopeaa kasvua ja saattaa avautua paineen vuoksi ennenaikaisesti (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 451). Ennenaikaisuudella on suuri vaikutus perinataalikuolleisuuteen (Gyamfi ym. 2005, 434; Fisk 2007, 170).

Synnytystä pyritään aina siirtämään 34. raskausviikolle, sillä sen jälkeen kaksosten selviämismahdollisuudet ovat hyvät. Ennenaikaisten lasten keskeisiin ongelmiin kuuluvat keuhkojen epäkypsyys, infektioalttiisuus sekä lämmönsäätelyn, verenkierron ja monien aineenvaihdunnallisten toimintojen epäkypsyys. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 451.) Toisaalta kaksosten keuhkot kypsyvät aikaisemmin ja kaksosten kehitys on nopeampaa verrattuna yksisikiöiseen raskauteen. Kaksoset ovat siis valmiimpia syntymään aikaisemmin verrattuna yksisikiöiseen raskauteen. (Chang 2004, 240.)

#### 4.5 Häiriöt sikiöiden kehityksessä kaksosraskaudessa

Kaksosraskauteen liittyy monia sikiöihin liittyviä häiriöitä ja komplikaatioita, joita ei yksisikiöisessä raskaudessa esiinny. Kaksosten perinataalikuolleisuus on Suomessa noin kuusi kertaa yleisempää, kuin yksisikiöisessä raskauksissa. (Raussi-Lehto 2007, 441.)

Sikiöiden kasvu noudattaa yleensä viikolle 26- 28 asti normaaleja kasvukäyriä, mutta sen jälkeen sikiöiden kasvu hidastuu (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 450- 452; Erkkola 2004, 473; Chang 2004, 238). IUGR, eli kohdunsisäinen kasvun hidastuminen on kymmenen kertaa yleisempää kaksosraskauksissa kuin yksisikiöisissä raskauksissa (Erkkola 2004, 470, 473). Kaksosten kasvun hidastuminen koskee erityisesti sikiöiden painoa, eikä niinkään pään ympärystä tai pituutta (Raussi-Lehto 2007, 442).

Kaksosten kehitys on usein epäsuhtaista ja yleensä kaksosilla on kokoeroa myös syntyessään (Raussi-Lehto. 2007, 441; Erkkola 2004, 473). Molempien sikiöiden kasvun hidastuminen on yleensä normaalia ja alle 25 % kokoeroa sikiöiden välillä voidaan pitää normaalina. (Purho ym. 2008, 1115; Erkkola 2004, 473) Kaksosraskauksista 11,8 % oli raskauden aikana seurannassa sikiöiden kokoeron vuoksi (Purho ym. 2008, 1112).

Voimakas sikiöiden kasvun hidastuminen voi johtua myös äidin verenpainetaudin tai verenpaineen kohoamisen aiheuttamasta istukan vajaatoiminnasta (Stefanovic 2007, 194). Changin (2004) mukaan kaksosten kokoero johtuu useimmiten siitä, että sikiöt joutuvat kilpailemaan ravintoaineiden saannista. Toisaalta kokoeroon vaikuttavat muutkin tekijät, kuten poikkeava plasentaatio, kalvokiinnitteinen napanuora, äitiin liittyvät raskauskomplikaatiot sekä äidin krooninen sairaus, joka vaikeuttaa ravintoaineiden siirtymistä. (Chang 2004, 238.)

Vaikka epäsuhta sikiöiden kasvussa on yleistä, saattaa se viitata myös fetto-fetaaliin transfuusio-oireyhtymään (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 452; Erkkola 2004, 473). Fetto-fetaalin-transfuusio oireyhtymä liittyy monokoriaalis-monoamnioottiseen raskaustyyppiin. Fetto-fetaalisessa transfuusio oireyhtymässä sikiöiden välille muodostuu verisuoniyhteyksiä. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 450.)

Ongelmia syntyy, jos valtimoiden välisiä yhteyksiä korvaavia yhteyksiä ei ole tarpeeksi. Luovuttajasikiön vesimäärä vähenee, kun taas saajasikiö kompensoi suurempaa veritilavuuttaan virtsaamalla runsaasti. Tämän seurauksena kehittyy polyhydramnion, eli liikalapsivesisyys. Tila johtaa vähitellen saajasikiön sydämen pettämiseen ja tästä voi seurata keskenmeno tai ennenaikainen synnytys. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 450.) Fetto- fetaalissa transfuusio oireyhtymässä saajasikiö voi olla luovuttajasikiötä 25-50 %

suurempi. Yli 25 % pienemmän sikiön kohdunsisäisen kuoleman riski on kuusi kertaa suurempi, kuin suuremmalla sikiöllä. (Erkkola 2004, 473.) Kyseessä on erittäin harvinainen tilanne: esiintyvyys on vain 1 % kaikista monisikiöraskauksista ja 15 % monokoriaalisista raskauksista. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 452). Kaksosen perinataalisista kuolemista 15- 20 % johtuu feto-fetaalisesta transfusio oireyhtymästä (Fisk 2007, 171).

Monokoriaalis- monoamioottisessa raskaustyypissä perinataalisen kuolleisuuden riski on huomattavasti suurentunut. Kuolemat tapahtuvat yleensä ennen 24:ttä raskausviikkoa feto-fetaalisen transfusio oireyhtymän ja napanuorien toisiinsa kietoutumisen seurauksena. Monotsygoottisten kaksosten perinataalikuolleisuus on noin kolminkertainen ditsygoottisiin kaksosiin verrattuna ja monoamnioottisissa tilanteissa jopa 50 %. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 448- 453.)

Sikiöiden epämuodostumariski on kohonnut vain monotsygoottisessa raskaudessa. Epämuodostumat voivat johtua monotsygoottisuudesta sinänsä, verenkiertohäiriöistä tai virhetarjonnasta ja kasvutilan puutteesta. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 452- 453.) Monotsygoottisuudesta johtuvat epämuodostumat ovat saattaneet syntyä kaksosten jakautumisprosessin yhteydessä, varsinkin jos ne sijaitsevat lähellä keskilinjaa. Esimerkiksi monotsygoottisten kaksosten synnynnäiset sydänviat saattavat olla monotsygoottisuudesta johtuvia poikkeamia. (Hall 2003, 739). Myös anenkefalia eli aivottomuus, sirenomelia eli yhdysjalkaisuus, anaaliatresia eli peräaukon puuttuminen, trakeo-esofageaalinen fisteli eli henki- ja ruokatorven välisessä seinämässä esiintyvä epänormaali yhteys sekä renaalinen ageneesi eli munuaisten puuttuminen ovat monotsygoottisuudesta johtuvia poikkeavuuksia (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 452, 453).

## 5 KAKSOSSYNNYTYS

### 5.1 Synnytystavan valinta

Kaksoset syntyvät keskimäärin 36. raskausviikolla (Raussi-Lehto 2007, 440). Kaksossynnytys on mahdollista toteuttaa alatiesynnytyksenä tai keisarinleikkauksena (Raussi-Lehto 2007, 440; Raudaskoski & Hartikainen 2004, 453). Synnytystapa valitaan synnyttäjän ja sikiöiden tarpeiden perusteella. Kun kyseessä on riskiraskaus, tehdään sairaalassa synnytysajankohdan ja synnytystavan arviointi. Synnytyksen käynnistyessä lääkäri arvioi tilanteen vielä uudelleen. (Äimälä 2007, 428.) Kaksosten synnytystapana keisarileikkaus on hieman yleisempi kuin alatiesynnytys. (Raussi- Lehto 2007, 446.) Kaksosista 49,5 % syntyy keisarileikkauksella ja 46,8 % syntyy alateitse. 3,6 %:ssa tapauksista päädyttiin keisarileikkaukseen B-sikiön kohdalla alatiesynnytyksen jälkeen. (Purho ym. 2008, 1114.)

Synnytystavan valintaan vaikuttavat synnyttäjään liittyvät tekijät kuten raskauskomplikaatioiden mahdollinen esiintyvyys ja vakavuus, lantion mitat sekä synnyttäjän suhtautuminen alatiesynnytykseen (Raussi- Lehto 2007, 446). Myös äidin terveydentila, mahdollinen synnytyspelko, pariteetti, raskauden kesto, obstetrikon kokemus ja mieltymykset sekä vallitsevat yleiset käsitykset vaikuttavat valintaan (Breilin 2006, 16). Synnytystavan valintaan vaikuttavat myös sikiöihin liittyvät tekijät kuten asfyksia, dystokia, sikiöiden koko, sikiöiden tarjonta ja niissä tapahtuvat muutokset (Uotila & Tuimala 2004, 493).

Yksi ratkaisevimmista tekijöistä synnytystavan valinnassa on sikiöiden tarjonta. Kaksos sikiöiden eri tarjontavaihtoehtoja on yhteensä 10. (Robinson & Chauhan 2004, 249.) Eri tutkimusten mukaan pää- pää tarjonnassa sikiöistä on 43- 51 % ja pää- muu tarjonnassa on 28- 38 % kaksosista. Muita mahdollisia tarjontoja ovat muu kuin pää- pää sekä kumpikaan sikiöistä ei ole pää tarjonnassa, joiden esiintyvyys on 11- 29 %. (Robinson & Chauhan 2004, 249; Purho ym. 2008, 1114.)

Mikäli molemmat sikiöt ovat pää tarjonnassa, ne voidaan synnyttää normaalisti alateitse. Jos A- sikiö on pää tarjonnassa ja B-sikiö muussa tarjonnassa voidaan yrittää B-sikiön



ulkokäännöstä. B-sikiön ulkokäännöksen onnistuttua A- sikiön syntymän jälkeen, voidaan synnytys hoitaa normaaliin tapaan, muussa tapauksessa tehdään keisarileikkaus. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 453, 454.) Toisaalta Robinson & Chauhan (2004) toteavat, että B-sikiön ollessa perätarjonnassa alatiesynnytys voidaan toteuttaa perätilan ulosvedolla seuraavin ehdoin: B-sikiön arvioitu paino on vähintään 1700g jotta voidaan varmistaa sikiön todellisen painon olevan vähintään 1500g ja paikalla on kokenut lääkäri. (Robinson & Chauhan 2004, 259.)

Mikäli A-sikiö on perätarjonnassa, mielipiteet synnytystavasta ovat ristiriitaisia. Useimmiten synnytys hoidetaan keisarileikkauksella (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 454). A-sikiön perätarjonta on kuitenkin aina indikaatio keisarileikkaukseen, jos kyseessä on ensisynnyttäjä (Saarelainen 2009). Alatiesynnytystä suunniteltaessa lantion on oltava tilava ja synnytysvalmiuden hyvä. Lisäksi perätarjonnassa olevan sikiön pään on oltava nuokkuryhdissä. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 454.)

Jos kummankaan sikiön tarjoutuvana osana ei ole pää, synnytys hoidetaan keisarileikkauksella. (Robinson & Chauhan 2004, 259). Myös monoamnioottisessa tilanteessa synnytystapana on keisarileikkaus. Kyseisessä tilanteessa raskaus puretaan keisarileikkauksella viimeistään, kun sikiöiden keuhkot ovat kypsyneet (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 452, 454). Sikiön keuhkot ovat kypsyneet 31. raskausviikon jälkeen (Litmanen 2007, 131). Keisarileikkaus on aiheellinen myös siamilaisia kaksosia synnytetessä äidin vammautumisriskin vuoksi (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 454).

Synnytystavana keisarileikkaus voi olla tiedossa jo ennalta. Synnytyksen hoidon suunnitelma voi muuttua synnytyksen kuluessa synnyttäjän tai sikiöiden voinnin muutoksen vuoksi. Ongelmat voivat olla moninaisia, joten ennakoiva kartoittaminen on tärkeää. (Raussi-Lehto 2007, 232.) Kättilön on tärkeä keskustella synnyttäjän kanssa ja kuvata hänelle synnytyksen kulkua sekä perustella mahdolliset suunnitelman muutokset (Äimälä 2007, 428). Keisarileikkaus on monessa tilanteessa äidin sairauden perusteella aiheellinen tai lapsen terveyden ja hengen pelastava. Keisarileikkaus on kuitenkin suuri toimenpide ja päätös sen toteuttamisesta pitää perustua huolelliseen harkintaan. Toimenpide altistaa äidin ylimääräisille riskeille, eikä se ole lapsellekaan aina helppo ja turvallisin tapa syntyä, varsinkin jos normaalille synnytykselle ei ole estettä. (Saisto 2003, 597, 598.)

Jopa kaksi kolmasosaa synnyttäjistä, joiden edellisessä synnytyksessä on päädytty keisarileikkaukseen synnytyksen pysähtymisen tai lantion ja sikiön koon arvioidun epäsuhteen vuoksi, synnyttää normaalisti seuraavalla kerralla. Alatiesynnytys on mahdollinen, vaikka keisarileikkaus olisi edellisessä synnytyksessä tehty vasta ponnistusvaiheessa tarjoutuvan osan laskeutumattomuuden vuoksi. (Saisto ym. 2003, 596.) Kohdun repeämisen riski alatiesynnytyksessä on kuitenkin suurempi keisarileikkauksen jälkeen (Saisto 2006, 2346). Kaksosraskaudessa ja synnytyksessä kohdun repeämän eli uterus ruptuuran riski on kohonnut (Raussi-Lehto 2007, 445). Keisarileikkauksella synnyttäneiden naisten kaksossynnytykseen on suhtauduttu varoen, mutta uusimpien tutkimusten mukaan siihen ei liity lisääntynyttä äidin tai lapsien sairastuvuutta (Saisto 2006, 2349).

#### 5.1.1 Alatiesynnytys

Alatiesynnytys on ensisijainen synnytystapa silloin, kun A-sikiö on raivotarjonnassa, merkittäviä raskauskomplikaatioita ei esiinny, sikiöt ovat hyvävointisia ja lantion mitat ovat riittävät (Raussi-Lehto 2007, 446). Molempien sikiöiden ollessa päätarjonnassa, ne voidaan synnyttää normaalisti sikiöistä riippumatta (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 453, 454). Molempien sikiöiden ollessa päätarjonnassa 73 % kaksosista syntyy alateitse. 19 % tapauksista molemmat sikiöt syntyivät keisarileikkauksella ja 6 % tapauksista B-sikiö syntyi keisarileikkauksella A-sikiön synnyttyä alateitse. Syynä B-sikiön keisarileikkaukseen A-sikiön synnyttyä alateitse ovat napanuoran prolapsi, sikiön ahdinko, istukan ennenaikainen irtoaminen sekä virhetarjonta. (Robinson & Chauhan 2004, 254.)

Asiantuntijat eivät ole yksimielisiä siitä, mikä on paras kaksosten synnytystapa silloin, kun A-sikiön tarjoutuvana osana on pää, mutta B-sikiö on perä- tai poikkitilassa (Robinson & Chauhan 2004, 255). Erityisesti B-sikiön ollessa perätilassa lantion mitat tarkastetaan magneettikuvauksella yli 36 viikkoa kestäneessä raskaudessa. Alatiesynnytyksen valintaan vaikuttaa myös se onko äiti halukas alatiesynnytykseen. (Raussi-Lehto 2007, 446.) Alatiesynnytyksen yhteydessä on oltava jatkuva valmius siirtyä missä tahansa synnytyksen vaiheessa keisarileikkaukseen.

### 5.1.2 Keisarileikkaus

Kaksossynnytyksiin liittyvistä keisarileikkauksista elektiivisiä oli 37,5 %, kiireellisiä 52,8 % ja hätäkeisarileikkauksia 9,7 % (Purho et. al. 2008, 1114). Sikiöiden tarjontavirheet ovat yleisin keisarileikkaukseen johtava syy kaksosraskaudessa, kun yksisikiöisessä raskaudessa yleisin syy on synnytyksen pysähtyminen (Robinson & Chauhan 2004, 252).

Keisarileikkaukset voidaan luokitella tilanteen ja toteutustavan perusteella kolmeen ryhmään: elektiiviseen -, kiireelliseen ja hätäkeisarileikkaukseen. Päätös elektiivisestä keisarileikkauksesta ja sen ajankohdasta tehdään jo raskauden aikana. Kiireelliseen keisarileikkaukseen päädytään, jos synnytyksen edetessä lääkärin havainnot ja löydökset antavat syyn siirtyä keisarileikkaukseen. Kiireellisessä keisarileikkauksessa toimitaan viivyttelämättä. Elektiivinen sekä kiireellinen keisarileikkaus toteutetaan yleensä epiduraali- tai spinaalipuudutuksessa. Edellä mainituissa toteutustavoissa voidaan tarvittavat valmistelut tehdä huolellisemmin kuin hätäkeisarileikkauksessa, jossa lapsen tai lasten tulisi syntyä 8-9 minuutin kuluttua leikkauspäätöksestä. Hätäkeisarileikkaus toteutetaan yleisanestesiassa ja se tehdään pääsääntöisesti alakeskiviillosta. (Saarelainen 2009.)

Yleisimmät keisarileikkaukseen johtavat akuutit indikaatiot Tampereen yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2002 olivat, pitkittynyt tai pysähtynyt synnytys sekä uhkaava asfyksia. Elektiivisistä syistä yleisimmät olivat virhetarjonnat, aiempi keisarileikkaus, epäsuhta, synnytyspelko sekä äidin tai sikiön sairaus. (Uotila & Tuimala 2004, 493.) Kun molempien sikiöiden tarjoutuvana osana on pää, keisarileikkaus tulisi suorittaa vain obstetrisin indikaatioin (Robinson & Chauhan 2004, 259).

Keisarileikkaukseen liittyy vaikeita komplikaatioita sekä äitikuolleisuutta vähintään neljä kertaa enemmän, kuin alatiesynnytykseen. Äidin kuoleman riski ennalta suunnitellussa keisarileikkauksessa on kolminkertainen ja päivystysleikkauksessa lähes yhdeksänkertainen verrattuna alatiesynnytykseen. Riski kuolla keuhkoveritulppaan on 26-kertainen verrattuna alatiesynnytykseen (Saisto & Halmesmäki 2003, 593, 594, 598). Myös kaksosraskaudessa keisarileikkaukseen päätymistä on harkittava tarkkaan siihen liittyvien komplikaatioiden riskin vuoksi.

Vastasyntyneiden hengitysvaikeudet ovat yleisempiä keisarileikkauksen jälkeen. Vastasyntyneillä esiintyy myös enemmän matalaa verensokeria sekä alhaista ruumiinlämpöä. Keisarileikkaus ei käynnistä katekoliiniamiinien eritystä, jotka valmistavat lasta syntymänjälkeiseen sopeutumiseen. Näin koko sopeutumisen täytyy tapahtua vasta syntymän jälkeen. Synnytystapa saattaa vaikuttaa vastasyntyneen immunologiaan, sillä alateitse syntyneiden lasten veressä on enemmän valkosoluja ja niiden toimintakyky on parempi vielä jopa kuusi kuukautta syntymän jälkeen. (Saisto & Halmesmäki 2003, 597.)

## 5.2 Kaksossynnytyksen hoito

Jos kaksosraskaus etenee suunnitellusti, pyritään odottamaan synnytyksen normaalia käynnistymistä. Synnytys käynnistetään kuitenkin viimeistään lasketussa ajassa. (Raussi-Lehto 2008, 446.) Tays:ssa vuosina 2004- 2005 hoidetuista kaksossynnytyksistä 39 % käynnistyi spontaanisti, ja 33 % käynnistettiin (Breilin 2006, 30).

Synnytyksen tarkkailua tehostetaan sekä nostetaan valmiusastetta hoitaa mahdolliset komplikaatiot, sillä kaksossynnyttäjä on riskiryhmään kuuluva synnyttäjä (Äimälä 2007, 427). Kaksossynnytyksen hoidossa tulisi olla mukana kokenut obstetrikko ja tarvittaessa pediatri (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 453; Robinson & Chauhan 2004, 248, 249). Kätilön tehtävänä on informoida heitä kaksossynnytyksen kulusta ja mahdollisista ongelmista. Synnytystilanteeseen liittyvien käytäntöjen tulisi olla etukäteen selvillä, koska kaksossynnytyksen hoitoon voi osallistua jopa kaksinkertainen henkilöstömäärä. (Raussi-Lehto 2007, 446, 447.)

Synnyttäjä saattaa olla ahdistunut omasta tilanteestaan sekä syntyvien lasten selviytymismahdollisuuksista. Tässä tilanteessa synnyttävä äiti tarvitsee kannustusta, lähellä oloa ja rohkaisua. Kätilön tehtävänä on kannustaa äitiä synnytyksessä ja auttaa valmistautumaan vanhemmuuteen. Katteettomia lupauksia syntyvien lasten ennusteesta ei kannata antaa (Uotila 2007, 431). Synnyttäjän perheen tukeminen on myös tärkeää pelon ja ahdistuksen lieventämiseksi. Rauhallisuus ja selkeä toiminnan perustelu ehkäisee synnyttäjän ja hänen perheensä epävarmuutta ja pelkoa.

### 5.2.1 Avautumisvaihe

Avautumisvaiheen hoidossa tulisi huomioida synnyttäjän tausta, raskausajan mahdolliset komplikaatiot ja lasketun ajan varmistaminen. Synnyttäjän esitiedoista tulisi lisäksi huomioida aikaisemmat raskaudet, vastaanotolle saapumisen syy sekä raskausviikot. Laskettuaika varmistetaan, jotta voidaan valmistautua mahdolliseen ennenaikaiseen synnytykseen (Raussi-Lehto 2007, 210, 446).

Ulkotutkimuksella selvitetään tarjonta, pään liikkuminen, kiinnittyminen tai tuntuminen. Synnytyksen edistymistä seurataan sisätutkimuksen avulla normaaliin tapaan. Kaksossynnytyksessä on erityisen tärkeää huomioida ulko- ja sisätutkimuksen yhteydessä merkit mahdollisista komplikaatioista, kuten tarjontavirheet, istukan ennenaikainen irtoaminen, kohdun supistusheikkous, sikiöiden painoero, lapsiveden mentyä napanuoran prolapsi sekä muutokset synnyttäjän voinnissa. Jos synnyttäjällä esiintyy emättimestä tulevaa vuotoa sen laatuun ja syyhyn on syytä kiinnittää huomiota tutkimuksen yhteydessä. Lapsiveden mentyä tarkkaillaan myös laatua ja väriä. (Raussi-Lehto 2007, 225, 446.)

Synnytyksen edetessä tulisi kiinnittää jatkuvaa huomioita suuren kohdun supistumistoimintaan. (Raussi-Lehto 2008, 446). Synnytyksen latentti vaihe on yleensä hyvin lyhyt, johtuen kohdunsuun aikaisesta kypsymisestä. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 453). Kaksosraskauksissa kohdun seinämä on yleensä ylivenytynyt, joka ilmenee supistumisheikkoutena ja siitä johtuvana avautumisvaiheen pitkittymisenä. Elimistön oma oksitosiini ei yleensä riitä aikaansaamaan tarvittavaa kohdun supistumisherkkyyttä. (Eskola & Hytönen 2002, 200.) Toisaalta erityinen riskitilanne saattaa syntyä, jos synnytyksessä käytetään kohtua supistavaa lääkitystä tai kohtua on aiemmin leikattu (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 460). Jos supistuksia vahvistetaan oksitosiinilla, on muistettava, että ainoastaan kohdunsisäisellä paineenmittauksella (IUP) saadaan luotettavaa tietoa kohdun vasteesta (Uotila & Tuimala 2004, 482).

Synnyttäjille, joilla on riski kiireelliseen synnytykseen, suositellaan epiduraalipuudutuksen laittamista aikaisessa vaiheessa. Kaksosia synnyttävät äidit hyötyisivät tämän ehdotuksen toimeenpanosta. (Robinson & Chauhan 2004, 249.) Kuitenkin epiduraalipuudutus saattaa

peittää synnyttäjän subjektiiviset tuntemukset, kuten kohturuptuuran oireet. Yhdistettynä edellä mainitut tekijät ovat huomattava riski synnyttäjälle ja sikiöille.

Monikkosynnytyksessä tulisi huomioida myös tukihenkilön ja lääkkeettömän kivunhoidon merkitys ensisijaisena kivunlievityksenä. Kätilön tulisi arvioida lääkkeellisen kivunhoidon tarve suhteessa synnyttäjän yleisvointiin ja synnytyksen oletettuun kestoan, jotta turhat riskit synnytyksessä voitaisiin välttää. Synnytyskivun lääkkeellisessä hoidossa on huomioitava mahdollinen sikiöiden ennenaikaisuus (Raussi-Lehto 2008, 446).

KTG- seuranta on välttämätön molemmille sikiöille tarkan voinnin seurannan takia. (Raussi-Lehto 2008, 446; Robinson & Chauhan 2004, 252). Ennenaikaisessa synnytyksessä tulee kiinnittää erityistä huomiota sikiöiden hyvinvoinnin valvomiseen ja mahdollisimman atraumaattiseen syntymään (Uotila 2007, 431). KTG- seurannan tulisi olla jatkuvaa kaksosynnytykseen liittyvien runsaiden napanuoran kiinnittymispoikkeuksien vuoksi (Raudaskoski & Hartikainen 2008, 453). Seuranta voidaan suorittaa kohdun ulkopuolisella KTG- seurannalla (EU- ECG) tai A- sikiön kalvojen puhkeamisen, tai puhkaisun jälkeen kohdun sisäisellä KTG- seurannalla, eli IU- ECG: lla. (Raussi- Lehto 2008, 446.)

A-sikiön kohdun sisäisen KTG- seurannan aikana voidaan samanaikaisesti toteuttaa B- sikiön ulkoista syke-seuranta. Kaksosten syke-seurannassa voidaan siirtää B- sikiön sykkeen perustaso niin, että sykekäyriä voidaan tarkastella niiden kulkematta päällekkäin. Sykkeen perustason tietoisesta laskemisesta tulisi tehdä aina selkeät merkinnät dokumentteihin. (Raussi- Lehto 2008, 446.)

Sikiön vointia voidaan tarkkailla myös STAN: n avulla, jonka tarkoituksena on antaa jatkuvaa tietoa sikiön kyvystä reagoida synnytyksestä aiheutuvaan rasitukseen (Sunström 2000, 27). STAN toimii KTG: n täydentäjänä sekä tarkentajana. Osittain se korvaa myös mikroverinäytteen ottamisen tarpeen. (Uotila 2007, 516.) Tarvittaessa voidaan ottaa mikroverinäytteitä kontrolloitaessa sikiön hapettumista. (Raussi-Lehto 2008, 446.) Hapensaannin selvittäminen onnistuu Mikro- Astrup- näytteellä vain A-sikiöstä (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 453).

Synnytyksen edistymisen huolellinen seuranta sekä sikiöiden ja äidin voinnin muutosten huomioiminen on tärkeää, jotta riskitekijöiden ilmetessä synnytyksen kulkuun pystytään puuttumaan mahdollisimman varhain. Kätilön tulee arvioida onko tarvetta avata suoniyhteys, jotta lääkitys tai nesteensiirto voidaan toteuttaa tehokkaasti tilanteen niin vaatiessa. Koko synnytyksen ajan kätilön tulisi kirjata löydökset huolellisesti papereihin ja partogrammiin, joiden avulla mahdolliset ongelmat voidaan havaita (Äimälä 2007, 428, 429).

### 5.2.2 Ponnistusvaihe

A-sikiön ulosautto toteutetaan kuten normaalissa synnytyksessä (Raussi-Lehto 2007, 447). Ennenaikaisessa synnytyksessä päähän kohdistuvaa painetta on tarvittaessa syytä lievittää tekemällä episiotomia (Uotila 2007, 431). Episiotomian leikkaamisessa toimitaan synnytys-sairaalakohtaisen ohjeistuksen mukaisesti (Raussi-Lehto 2007, 447).

A-sikiön syntymän jälkeen tulisi A:n napanuora merkitä esimerkiksi harsotaitoksen avulla sekä seurata lapsiveden väriä. B-sikiön sykettä kuunneltaessa tulisi kiinnittää huomiota mahdollisiin sykemuutoksiin, jotka voivat johtua kohdunpaineen laskun aiheuttamasta istukan toimintahäiriöstä. B-sikiön tarjontaa tulee tunnustella ja tarvittaessa ohjata ja tukea kohdun päältä käsin asentoa pitkittäistarjontaan synnytyskanavassa. B-sikiön kalvojen puhkaisua ei tulisi kiirehtiä napanuoraprolapsin eli napanuoran esiinluiskahtamisen vuoksi. Kalvojen puhkaisu tehdään lääkärin arvion mukaan. Kalvojen puhjettua tai niiden puhkaisun jälkeen tulisi tarjoutuvaan osaan asettaa ”scalp” päähän tai ”peppis” sikiön pakaraan. (Raussi-Lehto 2007, 447.)

Vena cava superior- syndroomaa ehkäistään huomioimalla synnyttäjän asento, ja pitkään selällään ollut äiti tulisikin syytä pyytää siirtymään kylkiasentoon. Näin tulisi toimia varsinkin, jos A:n synnyttyä B-sikiö on edelleen korkealla. Synnyttäjää tulisi ohjeistaa pysymään kylkiasennossa, kunnes B:n tarjoutuva osa on introituksessa eli emättimen aukossa. Ponnistusvaiheen alkaessa tulisi ottaa huomioon B-sikiön tarjonnassa mahdollisesti ongelmia aiheuttavat muutokset A-sikiön synnyttyä. Ongelmatilanteet voivat liittyä esimerkiksi B-sikiön poikkitilaan, synnytyksen pitkittymiseen tai voinnin huononemiseen. (Raussi-Lehto 2007, 447.)

B-sikiön tavoiteaika syntyä on 15- 30 minuuttia A-sikiön syntymästä (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 453; Robinson & Chauhan 2004, 255). B- lapsen vointia tulisi seurata tehostetusti A-lapsen synnyttyä, koska kohdun koon pieneneminen heikentää istukan verenkiertoa. (Eskola ja Hytönen 2002, 200). Ultraäänilaitetta voidaan käyttää apuna B-sikiön tarjonnan varmistamisessa ja mahdollisessa ulkokäännöksessä (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 453; Robinson & Chauhan 2004, 252).

B-sikiön asentoa on tuettava ulkotutkimuksessa kohdussa pitkittäisasentoon, koska A-sikiön synnyttyä kohtu yleensä veltostuu. Sikiö voi nousta poikittain kohdunpohjaan, jos sen asentoa ei tueta vatsanpeitteiden päältä pitkittäisasentoon. B- sikiön kalvot tulisi puhkaista, kun tarjoutuva osa on asettautunut lantioon. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 453). Oksitoniinia käytetään usein B-sikiön synnytyksen yhteydessä. Päätilassa olevan B-sikiön ulosautto hoidetaan kuten normaali synnytyksessä (Raussi- Lehto 2007, 447). B-sikiön tarjoutuvan osan ollessa pää synnytys voi tapahtua spontaanisti tai tarvittaessa imukuppiavusteisesti (Saarelainen 2009). B- sikiön ollessa perätilassa lääkäri suorittaa ulosauton (Raussi-Lehto 2007, 447).

Jos B-sikiö nousee poikittain kohdunpohjaan, joudutaan yleensä keisarileikkaukseen (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 453). Jos sikiö on poikki-, viisto- tai yhdistelmätarjonnassa synnytyslääkäri voi toteuttaa B-sikiön sisäkäännöksen ja ulosvedon. Sikiötä pyritään kääntämään pitkittäistilaan siten, että tartutaan B-sikiön jalkoihin ja samalla ohjataan ulkoisesi päätä ylöspäin. Samalla sikiön jalkojen tulisi kääntyä introitukseen, jonka jälkeen tehdään ulosveto. Normaalilla perätila ulosauttoa voidaan jatkaa, kun sikiö on syntynyt napaan saakka. (Raussi- Lehto 2007, 447.) Toisaalta sikiön ulosvetoa ei tulisi toteuttaa ilman kokemusta eikä anestesiaa. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 453.) Tutkimusten mukaan B-sikiön komplikaatioita esiintyy vähemmän perätilan ulosvedon seurauksena, kuin B-sikiön ulkoisen käännöksen seurauksena (Robinson & Chauhan 2004, 257).



### 5.2.3 Jälkeisvaihe

Kätilön tulisi tarkkailla jälkeisvaiheessa huolellisesti verenvuotoa sekä kohdun kokoa ja muotoa. Jo ennalta tulisi varautua istukan mahdolliseen huonoon irtoamiseen. (Raussi-Lehto 2008, 264). Kaksossynnytyksessä jälkeisvaiheen verenvuodot ovat yleisiä (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 453). Kaksossynnytyksen jälkeen aloitetaan lihasvelttouteen liittyvän vuodon ehkäisyyn, eli atoniseen vuotoon avautumisvaiheen oksitosiini- infuusiota vahvempi oksitosiini-infuusio, jonka pitoisuus on 20 KY. Synnyttäjälle voidaan antaa myös vaihtoehtoisesti metyylierometriini ampulli lihakseen supistamaan kohdunsuuta. (Raussi-Lehto 2007, 447.) Lääkitystä harkitaan tapauskohtaisesti (Saarelainen 2009).

Jälkeisten synnytyä ne tarkastetaan huolellisesti ja kirjataan tiedot synnytyskertomukseen. Kalvoista tarkistetaan ovatko ne olleet yhteiset vai erilliset. Sikiökalvojen tarkastelulla voidaan varmentaa raskausaikana ultraäänessä tehdyt havainnot plasentaatiotyypistä. Jos jälkeisten täydellisyys ei ole täysin varmaa, edellyttää se tehostettua synnytyksen jälkeistä vuodon tarkkailua (Raussi-Lehto 2007, 264).

Identtisyysnäyte voidaan ottaa tarvittaessa istukasta ja tehdä maitokoe. Syntymän jälkeisellä maitokokeella pystytään selvittämään twin-to-twin transfusion- syndrooman mahdollisuutta. Käytännössä maitoa injisoidaan luovuttajan puolelle arteriaan, ja jos se siirtyy vastaajan puolen verenkiertoon, voidaan todeta istukan verenkierron välisiä anastomooseja. (Raussi-Lehto 2004, 441, 447.) Identtisyyden selvittämiseksi voidaan ottaa syntymän jälkeen kaksosilta DNA-testi (Endres & Wilkins 2005, 303). Näyte otetaan yleensä, jos lapset ovat samaa sukupuolta. (Eskola ja Hytönen 2002, 200).

### 5.3 Kaksossynnytyksen komplikaatiot

Kaksossynnytyksen aktiivivaihe saattaa pitkittyä. Synnytyksen ensimmäinen vaihe arvioidaan pitkittyneeksi, jos se kestää ensisynnyttäjällä yli 20 tuntia ja uudelleen synnyttäjällä yli 14 tuntia (Uotila & Tuimala 2004, 480). Kaksossynnytyksen pitkittyessä synnyttäjä saattaa uupua (ekshaustio matris) ja kivunlievityksen tarve lisääntyä. Tämä saattaa johtaa myös muiden ongelmien lisääntymiseen. (Äimälä 2007, 473.) Breilinin

(2006) mukaan TAYS:issa vuosina 2004- 2005 kaksossynnytys pitkittyi 2,3 % tapauksista (Breilin 2006, 40). Istukan ennenaikaisen irtoamisen riski on kohonnut kaksosraskaudessa ensimmäisen kaksosen synnyttyä, johtuen kohdun tilavuuden muuttumisesta. Myös pre-eklampsiaan liittyvä verenpaineen nousu altistaa istukan ennenaikaiselle irtoamiselle. (Heinonen & Puolakka 2004, 456.)

Atonia eli kohdun puutteellinen supistuminen istukan syntymisen jälkeen on yleisempää keisarileikkauksen yhteydessä, kuin alatiesynnytyksen jälkeen (Uotila 2007, 504). Tyypillisiä löydöksiä ovat runsas vuoto ja suuri supistumaton kohtu. Vatsan päältä painettaessa voidaan havaita kohtuun kerääntynyt vuoto, jota voi olla jopa litran verran. (Jaakkola & Alahuhta 2006, 546.) Kohdun supistusheikkous altistaa synnytyksen jälkeiselle verenvuodolle (Hippeläinen 2001, 1916). Se on yleinen komplikaatio kaksossynnytyksessä. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 453). Kaksossynnytykseen liittyy usein myös muita verenvuodolle altistavia tekijöitä (Ahonen ym. 2008, 42).

Syntymävälin pitkittyessä yli 30 minuuttiin B-sikiön asidoosiriskin ja voinnin heikkenemisen esiintyvyys lisääntyy. Napasuonesta mitattuna verikaasuanalyysien perusteella B-sikiön merkittäviä asidoosi tapauksia, pH ollessa alle 7,00, ilmaantuu vasta syntymävälin ollessa yli 16 minuuttia. Asidoosin esiintyvyys oli 16- 30 minuutin välillä 6 % ja yli 30 minuutin jälkeen 27 %. (Robinson & Chauhan 2004, 255.) Sikiöiden syntyessä pidemmällä aikavälillä kasvaa riski napanuoran esiinluiskahtamiseen sekä kohdunkaulan supistumiseen (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 453).

Napanuoran prolapsi, eli esiinluiskahtaminen on kaksossynnytykseen liittyvä komplikaatio. Se voi vaarantaa sikiöiden voinnin (Uotila & Tuimala 2004, 483, 484). Se on varsinkin B-lapsen syntymään liittyvä komplikaatio (Purho ym. 2008, 1118). Se on sikiön henkeä nopeasti uhkaava tilanne (Timonen 2007, 2290). Silloin sikiön hapensaanti katkeaa yleensä lähes täydellisesti (Uotila 2007, 508). KTG- käyrän patologiset muutokset kuten bradykardia voivat kertoa sikiön hapenpuutteesta, eli asfyksiasta (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 359; Uotila 2007, 510- 512). TAYS:n kaksossynnytysten synnytyskomplikaationa KTG: ssä havaittavaa bradykardiaa esiintyi vuonna 2004 4,5 %:ssa synnytyksistä. Vastaava luku vuonna 2005 oli 3,5 %: ssa synnytyksistä. Poikkeava

KTG löydöksen yleisyys synnytyskomplikaationa oli 0,5 % vuosina 2004 sekä 2005. (Breilin 2006, 40.)

Tampereen yliopistollisessa sairaalassa vuosina 2004- 2005 noin puolet kaksosista syntyi ennenaikaisesti, eli ennen raskausviikkoa 37 (Breilin 2006, 29). Ennenaikaisen sikiön puolustusmekanismit ovat heikosti kehittyneet kohdun ulkopuolista elämää varten, sikiö kestää huonosti hapenpuutetta, verenpaineen vaihteluita sekä mekaanista painetta tai traumaa (Uotila 2007, 430). Ennenaikaisen lapsen ongelmia ovat keuhkojen epäkypsyys, infektiotalttius sekä lämmönsäätelyn, verenkierron ja monien aineenvaihdunnallisten toimintojen epäkypsyys. (Saarikoski 2004, 426.) Ennenaikainen synnytys lisää kaksosten pienipainoisuutta ja siten sairastavuutta sekä perinataalikuolleisuutta (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 426; Gyamfi ym. 2005, 434- 435). Gestationaalinen ikä ja sikiön suhteellinen paino ovat tärkeimmät perinataali kuolleisuuteen vaikuttavat tekijät (Chang 2004, 238). Asfyksian aiheuttamien vaurioiden ja todennäköisyys syntymään liittyviin verenvuotoihin on huomattavasti suurempi ennenaikaisella kuin täysiaikaisella lapsella (Uotila 2007, 426).

Anestesia-aineet vaikuttavat ennenaikaisen sikiön hyvinvointiin. Sikiön keskushermoston lama on voimakkaampi ennenaikaisen synnytyksen yhteydessä verrattuna täysiaikaiseen synnytykseen. Voimakkaampi vaste johtuu sikiön alentuneesta plasman proteiinipitoisuudesta ja siitä johtuvasta suuremmasta vapaan lääkeaineen pitoisuudesta. Pienipainoisen sikiön veri-aivoeste on vajavaisesti kehittynyt ja kyky metaboloida ja erittää äidistä istukan läpi kulkeutuneita lääkkeitä on heikentynyt. (Jaakkola & Alahuhta 2006, 548.)

Vastasyntyneen hengitysvaikeuksien suurentunut riski liittyy elektiiviseen keisarileikkaukseen. Riski kasvaa suhteessa siihen, miten paljon ennen laskettua aikaa lapsi syntyy. Riski on seitsemänertainen raskausviikolla 37 ja vielä 39 raskausviikolla se on kuusinkertainen, jolloin suurin osa elektiivisistä keisarileikkauksista suoritetaan. Spinaali- ja epiduraalipuudutuksissa äidin verenpaine laskee äkillisesti ja huomattavasti, mikä vähentää verenvirtausta istukassa. Tämä voi aiheuttaa lyhytaikaista hapenpuutetta sikiölle. Hätäkeisarileikkauksen aikana yleisanestesiassa nukutusaineet kulkevat istukan läpi sikiöön ja lamaavat hengitystä ja ärtyvyyttä. Keisarileikkauksella syntyneillä lapsilla on suurempi

riski joutua hoitoon vastasyntyneiden valvonta- ja teho-osastolle, myös veren matalan glukoosipitoisuuden ja ruumiinlämmön vuoksi (Saisto & Halmesmäki 2003, 597).

Kaksosuuteen liittyy kohonnut riski synnytyksen aikaiseen kuolemaan verrattuna normaaliin yhden lapsen synnytykseen (Robinson & Chauhau 2004, 252). Kaksosraskauksissa perinataalikuolleisuus on kuusi kertaa suurempaa, kuin yksisikiöisissä raskauksissa. Kaksosraskauksissa esiintyvyys on noin 2,5 %. Suurin syy kuolleisuuteen on enneaikaisuus ja siihen liittyvät komplikaatiot (Raussi-Lehto 2007, 441). Perinataalikuolleisuuden esiintyvyys monotsygoottisilla kaksosilla on noin kolminkertainen verrattuna ditsygoottisiin ja monoamnioottisessa tilanteessa se on peräti 50 % (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 453). A- ja B- sikiön välillä ei havaittu eroa vertailtaessa synnytyskomplikaatioiden esiintyvyyttä (Breinin 2006, 53). Toisaalta todetaan, että tarjontavirheet, jotka voivat johtaa synnytysvammoihin, ovat varsinkin B-lapsen syntymään liittyvä komplikaatio (Purho ym. 2008, 1118).

#### 5.4 Vastasyntynyt kaksonen

Suomessa noin 40 % kaksosista syntyy enneaikaisesti ja noin 40 % kaksosista painaa syntyessään alle 2500g ja 9 % alle 1500g. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 450.) Monisikiöisiin raskauksiin liittyy sikiöiden kasvun hidastumaa (Erkkola 2004, 473). Pienipainois~~eksi~~ luokitellaan lapsi, jonka syntymäpaino on alle 2500g. Alle 1500 g painava lapsi voidaan määritellä pieneksi keskoseksi ja erittäin pieneksi keskoseksi määritellään lapsi, jonka syntymäpaino on alle 1000 grammaa (Fellman 2004, 118.) Enneaikaiseksi määritellään lapsi, joka on syntynyt ennen raskausviikkoa 37 (Järvenpää 2004, 336).

Hypoglykemian riski on suurempi kasvuhäiriöisillä vastasyntyneillä ja keskosilla, sekä diabetikko äitien lapsilla. Hypoglykemialle altistavat vähäiset glykogeenivarastot, jotka liittyvät usein enneaikaisuuteen, sikiökautisesta kasvuhäiriöstä tai ravinnon puutteesta. Vastasyntyneen epäkypä säätelyjärjestelmä altistaa enneaikaisesti syntyneet ja asfyktiset lapset hypokalsemialle. Peri- tai intraventikulaarisen aivoverenvuodon riski liittyy myös enneaikaisuuteen. Syntymäpainoltaan alle 1500g painavilla keskosilla esiintyy noin 20 % peri- tai intraventrikulaarinen aivoverenvuoto. (Fellman 2004, 131, 133.)

RDS- tauti, eli respiratory distress syndrome on ennenaikaisen lapsen tavallisin hengitysongelman syy. RDS- taudin komplikaatioina voi esiintyä ilmarinta, keskosen krooninen keuhkosairaus ja pienimmillä keskosilla aivoverenvuoto. (Fellman 2004, 121, 121.) Monisikiöraskaudessa vastasyntyneiden hengitysvaikeuksia ehkäisevä hoito ei eroa verrattuna yksisikiöiseseen raskauteen (Stefanovic 2007, 407). Toisaalta tutkimusten mukaan kaksosraskaudessa sikiöiden keuhkot kypsyvät aikaisemmin, kuin yksisikiöisessä raskaudessa (Chang 2004, 240). Kaksosuuteen liittyy kohonnut riski neonataalikauden aikaiseen kuolemaan verrattuna normaaliin yhden lapsen synnytykseen (Robinson & Chauhau 2004, 252).

## 6 KÄTILÖN ROOLI KAKSOSSYNNYTYKSEN JÄLKEISESSÄ HOIDOSSA JA OHJAUKSESSA LAPSIVUODE- JA VASTASYNTYNEIDEN OSASTOLLA

### 6.1 Synnyttäneen äidin lapsivuodeajan hoito ja tarkkailu

Lapsivuodeajalle, eli puerperiumilla tarkoitetaan kuutta viiva kahdeksaa synnytyksen jälkeistä viikkoa, jolloin synnytyselimet ja erityisesti kohtu palaavat ennen raskautta vallinneeseen tilaan (Ylikorkala 2004, 495). Lapsivuodeaika voidaan jakaa kahteen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe kattaa välittömän syntymän jälkeisen kätilötyön niinä päivinä, jotka äiti viettää lapsivuodeosastolla. Toinen vaihe kattaa ajan jälkitarkastukseen saakka, jona äitiysneuvolan kätilö tai terveydenhoitaja seuraa äidin, vastasyntyneen ja perheen vointia. (Väyrynen 2007, 269.)

Kaksossynnytyksen jälkeen erityistä huomiota vaatii kookkaan kohdun supistumisen ja vuodon seuranta. Lääkärin arvion mukaan vuoto korvataan nesteytyksellä. (Raussi-Lehto 2007, 448.) Vuodon pitkittyessä riittävästä verenvuodon korvauksesta tulee huolehtia, erityisesti hyytymistekijöiden osalta (Jaakkola & Alahuhta 2006, 546). Kohdun supistuneisuuden ja vuodon seuranta on erityisen tärkeää varsinkin keisarileikkauksen jälkeen. Lisäksi keisarileikkaushaavaa tulee seurata.

Pitkittynyt synnytys saattaa altistaa kohdun sisälimakalvon tulehdukselle eli endometriitille. Esiintyvyys on noin 4-10 % synnyttäjistä. Endometriitti puhkeaa yleensä 4-10 päivän kuluessa synnytyksessä, mutta se saattaa puhjeta milloin tahansa lapsivuodeaikana. Oireena ovat jälkivuodon märkäisyys ja paha haju sekä kohdun aristus ja kuume. (Ylikorkala 2004, 501, 502.) Kaksosraskaudessa on kohonnut riski sairastua pre-eklampsiaan. Eklampsioista noin 25 % tapahtuu vasta synnytyksen jälkeen. (Laivuori & Ylikorkala 2004, 435.)

Kaksossynnytys kokemuksena edellyttää asioiden läpikäymistä synnytyskeskustelun avulla. Tavoiteltavaa on, että keskustelun osapuolina olisi synnytyksen hoitanut kätilö sekä molemmat vanhemmat. Synnytyskeskustelussa voivat olla läsnä myös perheen muut lapset. Tilanne antaa kätilölle samalla mahdollisuuden havainnoida perhettä kokonaisuutena, keskustella vanhempien jaksamisesta ja isän tuen merkityksestä.

Havainnot äidin yleisilasta, mahdollisesta tai väsymyksestä, ahdistuneisuudesta tulisi huomioida. (Raussi- Lehto 2006, 448.)

Lapsivuodeosastolla on tärkeää selvittää miten paljon isä pystyy osallistumaan lasten hoitoon ja onko äidillä mahdollisuuksia saada apua lasten hoitoon muilta tahoilta. (Manninen 2003, 148) On tärkeää myös keskustella kotona selviämiseen liittyvistä peloista ja riittämättömyyden tunteista, sekä olemassa olevasta tukiverkostosta ja näin kartoittaa perheen tuen tarvetta. Perhettä tulisi tarkastella kokonaisuutena sekä keskustella vanhempien jaksamisesta. Lisäksi on hyvä tehdä havaintoja äidin yleisilasta, väsymyksestä sekä ahdistuneisuudesta. (Raussi-Lehto 2007, 448.) Lapsivuodeostolta välitetään seuraavaan hoitopaikkaan, eli lastenneuvolaan kaikki havainnot perheestä, myös liittyen varhaiseen vuorovaikutukseen (Manninen 2003, 148).

## 6.2 Imetysohjaus

Hannulan (2003) tutkimuksen mukaan Suomessa suurin osa (46 %) juuri synnyttäneistä äideistä aloittaa imetyksen ja suunnittelevat imettävänsä vähintään puoli vuotta (Hannula 2003, 63). UNISEF ja WHO suosittelevat imetystä jatkettavan kahden vuoden ikäiseksi tai pidempään. Maailman terveysjärjestöjen asiantuntijaryhmä on antanut suosituksen, joka tukee täysimetysajaksi vähintään kuutta kuukautta. (WHO 2003.) Suomessa ohjataan imettämään lasta kiinteän lisäruuan ohella vähintään vuoden ikäiseksi, mielellään pidempäänkin (Hasunen ym. 2004, 102). Suomessa Stakes on soveltanut edellä mainitusta ohjeistusta mukailevan toimintamallin, jossa annetaan kymmenen ohjeellista askelta onnistuneeseen varhaisimetykseen (Hasunen & Rynänen 2005, 64).

Useammat äidit kykenevät imettämään kahta tai kolmea lasta, sillä maidontuotanto kasvaa suhteessa kulutukseen. Maidon riittävyyttä tukevia tekijöitä ovat toistuvat imetykset ja äidin ravitsemuksellinen tasapaino. (Ahlgrén 2005, 3.) Maidon eritystä stimuloi myös prolaktiinin tuotanto, jonka erityis lisääntyy lapsen imiessä maitoa rinnasta (Hannula 2007, 302; Bjälie ym. 2005, 428).

Jos lapset ovat syntyneet keisarileikkauksella, ovat hyväkuntoisia ja leikkaus on tehty puudutuksessa, voidaan varhaisimetys aloittaa heti, kun äiti ja lapset ovat siihen valmiita, jopa tunnin sisällä synnytyksestä. Nukutuksessa suoritettun keisarileikkauksen jälkeen, imetys voidaan aloittaa vuorokauden kuluttua leikkauksesta, kun lääkeaineet ovat poistuneet äidin elimistöstä. (Eskola & Hytönen 2002, 237.) Keisarileikkauksen jälkeen maitoa erittyy yleisesti vähemmän verrattuna alateitse synnyttäneisiin. (Ahlgrén 2005, 4.)

Kättilön rooli on toimia imetysohjauksen asiantuntijana, joka auttaa tämän ainutlaatuisen vuorovaikutuksen ja luonnollisen lapsen ruokinnan alkumetreillä synnyttänyttä äitiä ja lasta. Kättilö perustaa ohjeistuksena kokemukselliseen tietoon, tutkimuksiin ja imetystä koskevaan kirjallisuuteen. Imetysohjaukseen tulisi sisältyä myös imetysasennon ohjaus.

Imemisote vaatii opettelua ja rauhallinen ja kiireetön ympäristö on tarpeen, jotta äiti ja lapsi voivat tutustua toisiinsa. Isä voi osallistua tapahtumaan auttamalla äidin sopivaan imetysasentoon. Useimmat äidit tarvitsevat selkeitä käytännön ohjeita ja neuvoja imetyksen aloituksessa. Keskeisiä ohjauksen osa-alueita ovat: imemisote, -asentojen opettaminen, maidon riittävyyden, vastasyntyneen ravitsemustilan arviointi, lypsäminen ja imetysongelmien ennaltaehkäisy. Synnytys herkistää äidin tunnetiloja ja siksi ohjauksen tulisikin toteutua yksilöllisesti, hienotunteisesti ja rohkaisevasti. (Hannula 2007, 304, 305.)

Kahden lapsen imetys voi olla suuri haaste, koska kaksosraskauteen liittyy usein kasvanut riski erilaisiin komplikaatioihin kuten pre- eklampsiaan, ennenaikaiseen synnytykseen, verenvuotoon synnytyksen aikana sekä keisarileikkaukseen. Edellä mainitut tekijät saattavat vaikuttaa kielteisesti maidon erittymiseen ja äidin henkinen motivointi onkin erittäin tärkeää hänen voinnin salliessaan aloittaa imetys. On ensiarvoisen tärkeää, että äiti saa mahdollisuuden keskittyä imetykseen täysivaltaisesti ja saa varsinkin imetyksen varhaisvaiheessa konkreettista ja ammattitaistoista tukea. (Koskinen 2008, 140- 142.)



Käytännössä ohjauksen lähtökohta on, että äiti opettelee ensin imettämään yhtä lasta kerrallaan. Tämä tukee vuorovaikutussuhteen syntyä yksilöllisesti molempiin lapsiin. Imetystarkkailu tulisi osastolla suorittaa molemmille kaksosille vähintään päivittäin, ja kirjata tarkasti imetyskerrat ja eritteet. Samanaikaista imetystä voidaan suositella vasta, kun yhden lapsen imetys sujuu ongelmitta. (Koskinen 2008, 140, 141.)

Kun äiti on myöntyväinen samanaikaiselle imetykselle, häntä on hyvä ohjata imettämään vaihtaen imetysrintaa säännöllisesti vauvojen kesken. Se edesauttaa molempien rintojen maksimaalista maidontuottoa varsinkin, jos toinen vauvoista imee heikommin. Syöttörintaa äiti voi vaihtaa omien tuntemustensa mukaisesti, halutessaan jokaisella syöttökerralla. Riittävä syöttämistiheys taataan terveille lapsille imettämällä vähintään kahdeksan kertaa vuorokaudessa. (Koskinen 2008, 140, 141.)

Sama syöttötiheys edesauttaa maidonerityksen käynnistymistä, ylläpitoa ja äidin jaksamista. Imetys ei kuitenkaan aina onnistu niin, että pelkkä rintamaito olisi riittävä ravinnonlähde. Tilanteessa, jossa lapsi ei välttämättä pysty imemään riittävästi tai ei ollenkaan, äidille ohjeistettava rintojen lypsämisen tekniikka. Lypsäminen voi tapahtua imetysten välillä tai sen jälkeen, jos imeminen on liian tehotonta tai se tapahtuu liian harvoin. Jos synnytyksen jälkeen äiti ei voi aloittaa imettämistä kuuden tunnin sisällä, on hänen aloitettava rintojen lypsäminen. Tässä tapauksessa lypsämistä on jatkettava, kunnes lapsen voidaan siirtää äidin rinnalle. (Koskinen 2008, 142.)

Imetystä ja pulloruokintaa voidaan yhdistää monin eri tavoin esimerkiksi niin että, lapset vuorottelevat eri syöttökerroilla pullon ja imetyksen välillä. (Koskinen 2008, 142.) Kaksosten imetyksen lopettaminen voi tapahtua eriaikaisesti, sillä yksilölliset erot ohjaavat rintaruokinnan jatkamista. Toisen lapsen imetystä voidaan jatkaa, vaikka toinen lapsista siirtyisikin muuhun ravintoon. (Ahlgrén 2005, 5.)

### 6.3 Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen kaksosten kanssa

Synnytytosastolla on tärkeää luoda mahdollisimman hyvät olosuhteet vanhempien ja lasten ensitapaamiselle, sekä tarvittaessa tukea heitä siinä. Varsinkin jos synnytys tapahtuu yllättäen, sen läpikäyminen on tärkeää. On tärkeää että äidin kokemus synnytyksestä tulee kuulluksi. (Manninen 2003, 146, 147.) Kaikkien kaksosperheen hoitoon osallistuvien tulisi tukea vanhempien kiintymyssuhteen muodostumista lapsiin.

Kiintyminen kaksosiin ei ole niin yksinkertaista, kuin yhteen vauvaan kiintyminen. Tilannetta saattaa vaikeuttaa toisen tai molempien lasten sairaus ja sairaalassa olo. (Manninen 2003, 135, 136; Raudaskoski & Hartikainen 2004, 454) Sairas vauva ei ole helppo kiintymisen kohde ja pelko lapsen menettämisestä vaikeuttaa sitä (Manninen 2003, 135,136; Schuman 2003, 156, 157). Äiti saattaa myös tuntea syyllisyyttä lapsen tilasta. Toisaalta hauraus ja heikkous vetoavat äidin hoivaviettiin. (Manninen 2003, 135, 136.)

Tehohoitoon liittyvät tekijät vaikuttavat vuorovaikutukseen vauvan kanssa, eikä vanhempien ole niin helppo tunnistaa lasta omakseen (Manninen 2003, 135, 136; Kalland 2003, 193; Schuman 2003, 157). Vuorovaikutuksen muodostumista voi vaikeuttaa myös se, jos lapseen ei voi koskea tai kosketus aiheuttaa hänelle kipua (Schuman 2003, 157). Hän ei myöskään jaksaa ottaa vanhempiinsa samalla tavalla kontaktia, kuin terve vauva. (Manninen 2003, 135,136). Toisaalta suomalaisten seurantatutkimusten valossa ei voida nähdä kiintymyssuhteen heikentymistä vastasyntyneisyys kaudella sairaalahoidossa olleiden lasten kohdalla (Moilanen 2003, 74). Vanhemmat tarvitsevat kuitenkin apua, jotta lapseen tutustuminen onnistuu (Schuman 2003, 157).

Jos toinen vauvoista on sairaalassa ja toinen kotona, on vanhempien vaikea jakaa aikaansa näiden välillä. (Manninen 2003, 135- 136.) Varsinkin sairaalaan jäänyt lapsi voi tulla syrjityksi (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 454). Vanhemmat joutuvat myös työstämään mielessään monia ristiriitaisia tunteita, joita tämä vaativa tilanne aiheuttaa (Manninen 2003, 135- 136.)

Kahden vauvan hoitaminen on raskaampaa, kuin kaksi kertaa yhden vauvan hoitaminen. Molempien vanhempien apua tarvitaan vauvojen hoitamisessa, jotta syötöt ja vaipanvaihdot

saadaan hoidettua. Psyykkinen ja fyysinen väsymys voi olla todella voimakasta. (Manninen 2003, 136.) Lähes 40 % kaksosäideistä valittaakin unen puutteesta johtuvaa väsymystä, neljäs osa kokee merkittäviä hankaluuksia lasten ruokinnassa ja lähes 40 % kokee merkittäviä vaikeuksia kodinhoidossa (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 454). On tärkeää, että isä jakaa äidin kanssa hoitovastuuta. Myös muiden läheisten apua tarvitaan sekä muuta järjestettyä hoitoapua esimerkiksi silloin, jos toinen lapsista on vielä sairaalassa. (Manninen 2003, 136.) On hyvä selvittää ennen kotiutumista, miten isä voi osallistua lastenhoitoon ja saako äiti apua joltain muulta taholta (Manninen 2003, 147, 148; Raussi- Lehto 2007, 448; Moilanen 2004, 74). Havainnot varhaisesta vuorovaikutuksesta on tärkeä siirtää seuraavaan hoitopaikkaan (Manninen 2003, 147,148).

Oman haasteensa tuo se, että äiti joutuu samaan aikaan muodostamaan suhteen kahteen lapseen ja opettelemaan erilaiset ja eri aikoihin annetut signaalit. Äiti joutuu myös hyväksymään riittämättömyyden tunteensa ja sen, että kahta lasta ei voi hoitaa samanaikaisesti ja väistämättä toinen joutuu aina välillä odottamaan kun toista hoidetaan (Manninen 2003, 136).

Haasteen kaksosten ja äidin suhteelle tuo sen triadisuus. Äidin on vaikea olla yhden vauvan kanssa, sillä hän alkaa tuntea syyllisyyttä toisen ulkopuolelle jäämisestä. (Manninen 2003, 139,140.) Toisaalta molemmat vauvat tavoittelevat äidin huomiota ja alkavat jo kolmen kuukauden iässä reagoida huomattaessaan toisen vauvan olevan hoidettavana. Äidiltä vaaditaan kärsivällisyyttä ja kekseliäisyyttä molempien vauvojen halutessa rinnalle. Rinnalle pääseminen alkaa jo varhain merkitä kaksosvauvalle enemmän lohdutusta, kuin vain ruuanlähdettä. (Manninen 2003, 139,140.)

Useimmat äidit suosivat toista lasta toisen kustannuksella ainakin ensimmäisten elinvuosien ajan (Manninen 2003, 138,140, Leonard 1997, 333). Valinta voi kuitenkin säilyä jopa koko äidin eliniän ajan. Suositummaksi tulemiseen vaikuttaa se, millaisesta temperamentista äiti pitää. Toiset pitävät aktiivisemmasta ja vaativammasta kaksososesta, kun taas toiset passiivisemmasta ei niin vaativasta kaksosesta. Valinta ei kuitenkaan ole tietoinen. (Manninen 2003, 138,140.)

Myös isä tekee valintansa kaksosten suhteen. Valinta ei kuitenkaan ole niin selkeä, kuin äidillä. Isän valinnan perusteena ovat yleensä tulevaisuuden haaveet lapsen kanssa vietetystä ajasta. Toisaalta monet isät ottavat hoiviinsa sen kaksosen, jota äiti ei suosi. Suosituimmuus vaikuttaa lapsen kehitykseen ja on todettu, että neljän vuoden iässä suosikkikaksosella on korkeampi älykkyysosamäärä ja vähemmän käytöshäiriöitä, kuin toisella. Vanhemmat tulkitsevat kaksosten piirteitä ja käyttäytymistä eri tavoin ja näin vuorovaikutussuhde lapsiin muodostuu erilaiseksi. Erilaiset vuorovaikutussuhteet vaikuttavat lasten psyykkisiin kehitysedellytyksiin. (Manninen 2003, 138,140.) Vanhemmat tuntevat myös syyllisyyden tuntoa siitä, että kiintyminen kaksosiin tasapuolisesti on vaikeaa (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 454). Toisaalta se, että äiti suosii toista kaksosta ja isä toista vaikuttaa myös positiivisesti kaksosten kehitykseen. Se vahvistaa lasten yksilöllistä kehitystä ja vähentää lasten välistä keskinäistä kateutta. (Moilanen 2004, 74.)

## 7 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata vanhempien kokemuksia saamastaan sosiaalisesta tuesta ja kehittää laadukasta kaksosperheiden kätilötyötä. Vanhempien kokemusten kautta on pyritty selvittämään, miten kätilö pystyy vastaamaan kaksosperheiden tarpeisiin ja laadukkaaseen raskauden-, synnytyksen ja lapsivuodeajan kätilötyöhön. Tarkoituksena on lisätä kätilöiden ja kätilöopiskelijoiden tietämystä kaksosperheiden hoidosta ja sen kehittämistarpeista.

Tutkimuksen tehtävänä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

Millaisena kaksosperheet ovat kokeneet raskaus-, synnytys ja lapsivuodeajan?

Millaista tukea kaksosperheet saivat neuvolasta ja sairaalasta raskaus-, synnytys- ja lapsivuodeaikana ?

Millaista tukea kaksosperheet olisivat kaivanneet raskaus-, synnytys ja lapsivuodeaikana?

Millaisia kehityshaasteita monikkoperheiden laadukkaan hoitotyön varmistamisessa on nykypäivänä?

## 8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 8.1 Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän kuvaus ja perustelut valinnalle

Kvalitatiivinen, eli laadullinen tutkimus kuvaa todellista elämää (Hirsjärvi ym. 2006, 152). Tavoitteena on tulkita yksilön tai ryhmän toimintaa ihmisen niille antamien merkitysten eli halujen, arvojen, ihanteiden ja uskomusten kautta. Tämän tutkimusmenetelmän avulla on mahdollista todentaa merkitykselliseksi koettuja tapahtumaketjuja, kuten yksilön elämän kulkua tai joitakin ihmisen omassa elämässä pidemmän ajanjakson aikana tapahtunutta. Tämän tutkimusmenetelmän käyttäjältä edellytetään selkeää näkemystä siitä tutkitaanko kokemuksiin vai käsityksiin liittyviä merkityksiä. (Vilkka 2005, 97, 180.)

Kvalitatiivinen tutkimus on tyypiltään kokonaisvaltaista tiedonhankintaa ja aineisto kootaan luonnollisessa ja todellisessa tilanteessa. Tarkoituksena ei ole hypoteesien tai teorian testaaminen, vaan aineiston monipuolinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Tutkija ei itsenäisesti voi määrätä, mikä on olennaisinta tietoa. Laadullisen tutkimuksen metodeina ovat käytössä mm. teemahaastattelu, osallistuva havainnointi, ryhmähaastattelut, ja erilaisten dokumenttien ja tekstien diskursiivinen analyysi. Jokaista tapausta käsitellään yksilöllisesti ja tulkitaan aineistoa sen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2006, 155.)

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmää valittaessa on päädytty kvalitatiiviseen menetelmään, koska on haluttu tarkastella monipuolisesti monikkolasten vanhempien kokemuksia heidän saamastaan sosiaalisesta tuesta, sen tuomista haasteista ja kehittämisalueista. Tutkimusteeman luonteen vuoksi oli perusteltua käyttää kvalitatiivista tutkimusmenetelmää saadaksemme kattavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Vaikka tiedonkeruu menetelmänä käytettiin kyselyä, vastaukset oli mahdollista analysoida kvalitatiivisesti, sillä vastaukset olivat hyvin vapaamuotoisia.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa suositaan lähestymistapoja, joissa tutkittavien ääni ja näkökulmat nousevat esille (Hirsjärvi ym. 2006, 155). Yleisesti aineisto kerätään haastattelun avulla, jolloin se on puheen muodossa. Haastattelu on kuitenkin vain yksi käytettävissä olevista tutkimusmetodeista. (Vilkka 2005, 100.) Kohdejoukko valitaan

tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksen menetelmää käyttäen (Hirsjärvi ym. 2006, 155).

Kerätty aineisto voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti sisällönanalyysin avulla. Tämän analyysimenetelmän avulla saadaan kerätty aineisto järjesteltyä johtopäätösten teon pohjaksi. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 105.) Aineiston tulkinta tapahtuu tutkimusteemojen perusteella ja se edellyttää sen tulkitsijalta aineiston hyvää, perusteellista tuntemusta (Koivula ym. 2003, 42, 43). Tavoitteena on kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti, selkeästi sekä järjestää aineisto yhtenäiseksi informaatioksi (Tuomi & Sarajärvi 2004, 110).

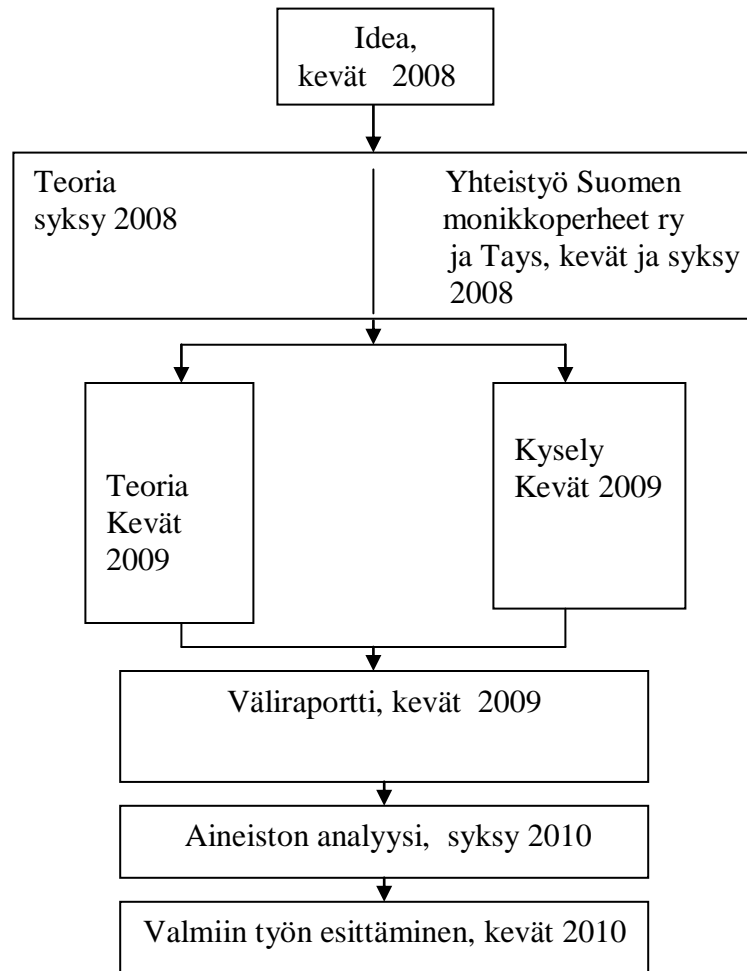
## 8.2 Tutkimus prosessin kuvaus

Idean opinnäytetyön aiheesta saimme loppukevällä 2008. Aihe nousi esiin tarpeesta syventää tietoutta monisikiöisyydestä kättilötyön näkökulmasta. Mielenkiintoinen aihe on edesauttanut etsimään laajasti monipuolista lähdeaineistoa sekä syy- seuraussuhteita ja tämä on auttanut ymmärtämään aihealueen erikoiskysymyksiä. Aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen perehtyminen on auttanut kokoamaan hyvän kokonaiskuvan aiheesta. Teoriaa on työستetty elokuusta 2008 kesäkuuhun 2009.

Kysely (LIITE 3) lähetettiin 25:lle monikko vanhemmalle, joiden yhteystiedot saimme Pirkanmaan monikkoperheet ry:n kautta. Kyselyn kohteena oli kaksosperheiden saama tuki raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan aikana. Vastauksia kyselyyn saatiin kahdeksan. Vastausprosenttiin vaikutti ainakin se, että vastaajat olivat pienten lasten äitejä, joiden arki on kiireistä ja se, että muistutuksia ei lähetetty kyselyyn vastaamisesta. Yhtenä osatekijänä saattoi myös olla, että kyselyssä tiedusteltiin suostumusta mahdolliseen haastatteluun.

Tiedonkeruumenetelmänä päädyttiin kyselyyn, koska siitä saadun aineiston perusteella ei enää nähty tarpeelliseksi toteuttaa teemahaastattelua alkuperäisen suunnitelman mukaisesti. Kyselyn avulla saadut vastaukset olivat tutkimuksen kannalta tarpeeksi kattavia analyysin toteuttamiseksi. Tähän ratkaisuun kannustettiin myös opettajien taholta väliraportti vaiheessa. Kyselyssä on käytetty avoimia kysymyksiä, koska niiden avulla on mahdollista

saada esiin näkökulmia, joita ei osattu kyselyä tehtäessä ottaa huomioon. Vastaukset olivat laajempia kuin mitä odotettiin.



Kaavio 1. Prosessin kuvaus

### 8.3 Aineiston analyysi

Analyysitavan valinnassa päätavoitteena on, että se antaa parhaiten vastauksen ongelmaan tai tutkimustehtävään. Tutkimustulosten analysointi ei yksinään riitä tuomaan esille tuloksia, vaan tuloksista tulisi pystyä laatimaan synteesejä. Niiden avulla voidaan saada vastauksia olennaisiin tutkimusongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2006, 212, 214.)



Sisällönanalyysi voidaan jakaa teoriaohjaavaan, teorialähtöiseen ja aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin. Tämän tutkimuksen aineisto käsitellään teoriaohjaavan sisällönanalyysin avulla. Sisällön analyysi perustuu tutkintaan ja päättelyyn, jolloin empiirisesti kootusta aineistosta muodostuu käsitteellinen näkemys tukittavasta ilmiöstä. Teoriaohjaavassa analyysissä teoreettiset käsitteet tuodaan ”jo tiedettynä”, valmiina. Aineistosta poimitaan asioita tai ilmauksia tietyn teorian mukaan. Teoriaohjaavan sisällönanalyysin analyysin päättelyn ideologia perustuu abduktiiviseen päättelyyn. Yhteenvetona tutkijan ajatteluprosessissa yhdistyvät aineistolähtöisyys ja valmiit mallit. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97, 109, 112, 113, 117.)

Aineiston analyysin lähtökohtana oli Marja-Terttu Tarkan määritelmä sosiaalisesta tuesta. Se on ainoa suomalainen teos, jossa on määritelty sosiaalisen tuen muodot. Sosiaalisen tuen määritelmän käyttö kyselyn vastausten analysoimisessa ei ollut ongelmatonta. Vastausten kohdistaminen teoreettisiin lähtökohtiin oli haasteellista, sillä kyselyn oli alunperin tarkoitus olla haastattelua alustava.

Analyysin tekninen vaihe alkaa aineiston alkuperäisilmausten pelkistämisestä. Aineistosta poimitaan tutkimusongelman tai – tehtävän ohjaamia vastauksia kysymyksiin. Ensin tunnistetaan ne asiat joihin tässä tutkimuksessa haetaan vastausta, ja näitä ilmaisevia lainauksia pelkistään yksittäisiksi ilmaisuiksi. Seuraavaksi ilmaisut yhdistetään samaan luokkaan ja annetaan niille luokan sisältöä kuvaava nimi. Tämä on analyysin kriittinen vaihe, koska tutkija päättää tulkintansa mukaan, millä perusteella luokittelee ilmaisut eri kategorioihin. Muodostuneet alakategoriat yhdistetään yläkategorioihin. Lopulta yläkategoriat yhdistyvät kaikkia kuvaaviksi kategorioiksi. Ala-, ylä- ja yhdistävien kategorioiden avulla voidaan löytää vastaus tutkimusongelmiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101.) Aineiston analyysi on toteutettu prosessiluonteisesti edellä mainitun mallin mukaisesti koko aineiston osalta. Tämän analyysiprosessin avulla on muodostettu vastaukset työn tutkimusongelmiin. Analyysin prosessista esimerkkinä kysymyksen kaksi analyysi (LIITE 2). Aineiston analysointi mukaillee kronologista aikajärjestystä, koska se kuvastaa parhaiten sosiaalisen tuen prosessia.

Analyysin tarkoituksena on tiivistää aineistoa kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Tavoitteena on informaation lisääminen luomalla hajanaisesta aineistosta selkeä

kokonaisuus. (Eskola & Suoranta 2005, 137.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tavoitteena muodostaa malleja, ohjeita, toimintaperiaatteita ja kuvauksia tutkittavasta asiasta (Vilka 2005, 98). Tutkimustuloksista on johdettu toimenpide-ehdotuksia, jotka voivat toimia kehittämisideoina kättilötyössä.

#### 8.4 Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuus kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkoittaa sitä, että tutkijan käsitteellistäminen ja tulkinnat vastaavat tutkittavien käsityksiä. Tutkimuksen luotettavuuden kriteeri on viimekädessä tutkija itse ja hänen rehellisyytensä, sillä luotettavuuden arvioinnin kohteena on koko tutkimusprosessi ja tutkijan siinä tekemät valinnat ja ratkaisut. (Eskola & Suoranta 2005, 210, 211.) Tutkijan onkin dokumentoitava tarkkaan, miten hän on luokitellut ja kuvannut tutkittavien maailmaa ja perusteltava menettelynsä uskottavasti (Vilka 2005, 159).

Laadullinen tutkimus ei ole yksi yhtenäinen tutkimusperinne ja näin ollen laadullisen tutkimuksen piirissä on monia eri käsityksiä siitä, miten tutkimuksen luotettavuutta pitäisi arvioida (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134). Tutkimuksella pitäisi olla jonkinlainen käytännön toistettavuus, jotta sitä voidaan pitää uskottavana. Toisaalta laadullista tutkimusta ei voida koskaan toistaa sellaisenaan, sillä kaikilla tutkijoilla ei voi olla samanlaista teoreettista perehtyneisyyttä asiaan. Toisen tutkijan pitäisi kuitenkin samoilla tulkintasäännöillä löytää muiden tulkintojen ohella myös se tulkinta, johon tutkimuksen tekijä on päätenyt. ( Vilka 2005, 159, 160.)

Kyselyyn osallistuneiden yhteystiedot saatiin paikallisesta monikkoperhe yhdistyksestä. Kyselyyn osallistuneet henkilöt vastasivat kyselyyn sähköpostin kautta. Vastaaminen oli vapaaehtoista. Vastaukset kuvaavat henkilökohtaista kokemusta kaksosten odottamisesta, synnytyksestä ja lapsivuodeajasta. Vastaajilla ei ollut mahdollisuutta tarkastaa valmista tutkimusraporttia. Toisaalta ei kuitenkaan ole varmaa lisääkö se, että tutkittavat tarkistavat tulkinnan tutkimuksen luotettavuutta, sillä he saattavat olla sokeita kokemukselleen tai tilanteelleen (Eskola & Suoranta 2005, 211). Virhetulkintojen välttämiseksi ja vastaajien todellisen äänen säilyttämiseksi on käytetty paljon suoria lainauksia vastauksista.

Tutkimusprosessi on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, jotta lukija voisi ymmärtää miten olemme päätyneet saamiimme tuloksiin. Työhön on liitetty esimerkki taulukko (LIITE 2), jossa näkyy miten vastaukset on ryhmitelty ja analysoitu. Kahden tekijän osallistuminen prosessiin lisää sen luotettavuutta, sillä näin voidaan kyseenalaistaa toisen näkemyksiä ja esittää vaihtoehtoisia menettelytapoja ja tulkintoja.

Teoriaosuudessa on käytetty monipuolisia lähteitä. Lähteet ovat muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta kaksituhattaluvulta. Käytetyt lähteet ovat alan kansainvälisistä arvostetuista julkaisuista sekä suomalaisista asiantuntijalähteistä ja oppikirjoista. Lähteissä on pyritty aina löytämään alkuperäinen tutkimus tai artikkeli. Välillä on päädytty tietoisesti esittämään myös keskenään ristiriitaista tietoa, jos molemmat ovat olleet arvostetuista lähteistä ja niiden vertailu on ollut tarkoituksenmukaista.

## 8.5 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen aiheen valinta on olennainen osa tutkimusetiikkaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129.) Työn aihe on valittu siten, että se tuo esille asiallisesti neutraalin näkökulman loukkaamatta vastaajien yksityisyyttä. Tutkimuskohde ei ole erityisen arkaluonteinen, mutta velvoittaa kuitenkin toimimaan hienotunteisesti.

Tutkittavien oikeuksiin kuuluu, että tutkijan on tiedotettava osallistujille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit ymmärrettävästi. Tutkittavien suojaan kuuluu myös vapaaehtoinen suostumus, joka sisältää mahdollisuuden keskeyttää mukana olonsa milloin tahansa tutkimuksen aikana. Tutkijan tulee varmistaa, että osallistuja tietää suostumusta antaessaan, mistä tutkimuksessa on kyse. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Kyselyn saatekirjeessä kerrottiin, että kyselyyn vastaaminen ja mahdolliseen haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista.

Tutkimustiedon tulee olla luottamuksellista, tutkimuksen yhteydessä ilmenneitä tietoja ei luovuteta ulkopuolisille ja on huolehdittava siitä, että tietoja ei käytetä kuin luvattuun tarkoitukseen. Tutkimukseen osallistuneilla on oikeus olettaa vastuuntuntoa tutkijalta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Tutkimustuloksia julkaistaessa tulee huomioida, että

luottamuksellisuus ja anonymiteetti toteutuvat (Eskola & Suoranta 2005, 57.) Kyselyn vastausmateriaalia on käsitelty luottamuksellisesti ja se on tuhottu analysointivaiheen jälkeen. Vastaajien henkilötiedot eivät käy ilmi työstä. Tulosten analysointi menetelmän avulla yksittäinen vastaaja ei ole tunnistettavissa, jolloin heidän yksityisyytensä ei vaarannu. Tutkimusaineisto on analysoitu kokonaan ja kaikki tutkimustulokset on esitetty todenmukaisesti.

Tutkimuksen ja etiikan yhteys on monitahoinen. Toisaalta tutkimuksen perusteella saadut tulokset vaikuttavat eettisiin ratkaisuihin. Toisaalta taas eettiset kannat vaikuttavat tutkijan tekemiin ratkaisuihin tieteellisessä työssään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125.) Vastausten analysoinnissa otettiin huomioon se, etteivät omat arvot ja asenteet vaikuttaisi aineiston tulkintaan. Toisaalta laadullisessa tutkimuksessa tutkija itse on aina osa tutkimusprosessia.

Eettisyys kuvastaa myös tutkimuksen laatua. Laadullinen tutkimus ei välttämättä ole laadukasta tutkimusta. Tutkijan tehtävänä on varmistaa, että tutkimussuunnitelma on laadukas, valittu tutkimusasetelma on sopiva ja raportointi on tehty hyvin. Tutkija voi itse arvioida tutkimuksen eettisyyttä käymällä läpi luetettavuus- ja arviointikriteereitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125.) Koko prosessin ajan on pyritty varmistamaan tutkimuksen laadukkuus kyseenalaistamalla tehtyjä valintoja ja muokkaamalla tutkimussuunnitelmaa tarpeen mukaan.

## 9 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselyssä keskityttiin vanhempien kokemuksiin saamastaan sosiaalisesta tuesta raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan aikana. Kyselyssä keskityttiin neuvolasta ja sairaalasta saatuun tukeen. Kyselyyn vastasi kahdeksan kaksosperheen äitiä. Kolme vastaajista oli synnyttänyt alateitse ja loput keisarileikkauksella. Lapset syntyivät raskausviikoilla 35- 39. Puolet lapsista joutui vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastolle. Kyselyssä ei lajiteltu tuen eri muotoja, koska oletetusti vanhemmat eivät ole jäsentäneet kokemuksiaan se mukaan, vaan enemmänkin ajan, paikan ja tuen antajan suhteen. Vastauksia on referoitu, mutta pohdintaan on lisätty myös suoria lainauksia kyselyn vastauksista, sillä ne tuovat parhaiten esiin vastaajien kokemuksen.

### 9.1 Kaksosraskauden huomioiminen neuvolassa

Suurimman osan kokemus neuvolasta saamastaan tuesta oli kielteinen. Kolme neljäsoosa vastanneista koki, ettei ollut saanut neuvolasta tarvitsemaansa tietoa kaksosraskaudesta. Kielteiset kokemukset liittyivät puutteelliseen tiedonsaantiin ja terveydenhoitajan asenteeseen. Varsinkin emotionaalinen tuki koettiin puutteellisena. Toisaalta myös myönteisiä kokemuksia neuvolasta oli.

”Siinä sitten perää kysäisin, että miten tän kaksosraskauden kanssa, niin ei osannukkaan sanoa oikein mitään.”

”Terveystenhoitajalla ei selvästikkään kauheasti ollut tietoa eikä erityiskiinnostusta kaksosraskauteen liittyen. Puhui usein asioita tyyliin ”levy lähti pyörimään” eli tuli ulkoa opetellun kuulloista tekstiä, joka ei meidän raskauteen pätenyt.”

”Välillä neuvolantäti kyllä unohti että lapsia olikin tulossa kaksi.”

”Neurolan asenne oli positiivinen, mikä tuntui todella tärkeältä.”

## 9.2 Sairaalan järjestämä monikkoperhevalmennus

Sairaalan järjestämästä monikkoperhevalmennuksesta saatiin sekä konkreettista, että emotionaalista tukea. Konkreettisesta tuesta esille nousi valmennuksessa saatu tieto, joka koettiin pääosin hyödylliseksi. Emotionaalisen tuen kannalta tärkeäksi koettiin mahdollisuus tavata samassa tilanteessa olevia sekä vierailu vastasyntyneiden teho-osastolla, näistä asioista parit kokivat saaneensa sekä vertaistukea, että tietoa.

”Sairaalassa pääsimme vierailemaan vastasyntyneiden teho ja tarkkailuosastolle, ja valmentaja kertoi jotta noin puolet syntyvistä kaksosvauvoista joutuvat sinne. Itselleni se oli tärkeä tieto, ja ennakkoon vierailu ja tieto sinne joutumisesta helpotti omaa oloa silloin kun tilanne oikeasti oli itsellä ajankohtainen.”

Osa valmennukseen osallistuneista eivät kokeneet saaneensa riittävästi tietoa valmennuksessa ja tieto oli osittain väärin ajoitettua. Valmennusta pidettiin yleispätevänä ja pintapuolisena, osa olisi kaivannut enemmän tietoa varsinkin synnytyksestä. Näin ollen päätöksenteon tuki ei ollut riittävää. Valmennuksen ajoitusta pidettiin huonona, sillä suurin tiedon tarve olisi ollut jo alkuraskaudessa ja 20 rv:n jälkeen monet valmennuksessa selvitetty asiat oli jo itse otettu selville. Myös ruokavaliosuositus asiat tuntuivat tulevan liian myöhään.

”Myös ravitsemusasiat tulivat eittämättä liian myöhään - osiossa keskusteltiin kalorimääristä sekä sikiöiden kasvusta tietyillä raskausviikoilla. Koska kaikki osallistujat taas ovat valmennusajankohtana jo aika myöhäisillä viikoilla, tuo osio tulee liian myöhään ja on täysin tarpeeton. ”

## 9.3 Sairaalan äitiyspoliklinikalta saatu tuki

Äitiyspoliklinikalta perheet kokivat saaneensa sekä emotionaalista, että päätöksenteon tukea. Emotionaalisen tuen kannalta tärkeäksi koettiin hoidon jatkuvuus, riittävä seuranta sekä perheen toiveiden huomiointi. Toisaalta yhdellä perheellä oli myös hyvin kielteinen kokemus perheen huomioimisesta äitiyspoliklinikalla.

”Kysymyksiin on aina saatu hyvät vastaukset, eikä ole tullut tunnetta ettei voisi/saisi kysellä. Myös synnytyssuunnitelmassa tuettiin vanhempien toiveita kiitettävästi.”

” Ekalla kerralla lääkäri oli tyly, eikä huomioinut miestäni, lasten isää, juuri lainkaan.”

Päätöksenteon tukea koettiin yksilön toiveiden huomioimisessa sekä lääketieteellisen asiantuntemuksen saamisessa. Toisaalta yhden perheen kokemus oli, että heidät sivuutettiin synnytystavan suunnittelussa, eikä kohdeltu tasavertaisina aikuisina.

#### 9.4 Synnytyksessä saatu tuki

Synnytyksen aikana perheet kokivat saaneensa lähinnä emotionaalista tukea. Tällöin synnyttäjät tunsivat pystyvänsä vaikuttamaan omaan hoitoonsa ja yhteistyö kättilön kanssa sujui hyvin. Kielteiset kokemukset synnytyksessä liittyivät siihen, ettei synnyttäjää ja hänen tarpeitaan ollut synnytyksessä huomioitu, esimerkiksi odottaminen ja tiedon puute koettiin raskaiksi. Yksi synnyttäjä koki konkreettisen tuen puutteelliseksi, sillä hän koki kivunlievityksen puutteellisenä.

”Ei paha. Aika kultaa muistot todella nopeasti ja kättilö oli tosi ihana ihminen.”

”Olin halunnut enemmän tietoa leikkauksesta.”

”Synnytys oli kalsea ja pelottava kokemus. Anestesiaalääkäri oli ihana. Muut paikalla olleet kohtelivat täysin välinpitämättömästi. Olin pitkään ahdistunut synnytyksestä. Oli kamalaa olla täysin muiden armoilla enkä päässyt ottamaan vauvoja vastaan kunnolla vaan heidät vietiin heti pois vaikka olivat ihan terveitä ja ponteivia vauvoja.”

”Itse en saanut mitään aamu viideltä alkaneisiin supistuksiin, lapset syntyivät klo 20. Jossain vaiheessa luvattiin ilokaasua, mutta sitä ei missään vaiheessa "ehditty" antaa. Sain epiduraalin illalla, ja siihen loppuivat supistukset ja noin tunnin kuluttua leikattiin.”

### 9.5 Lapsivuode- ja lastenosastoilta saatu tuki

Lapsivuodeosastolla tärkeäksi koettiin imetykseen ja lastenhoitoon liittyvä konkreettinen tuki. Osa vastanneista oli tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Toisaalta osa koki imetysohjauksen täysin riittämättömäksi ja tunsu ettei imetys päässyt käyntiin osastolla.

”Osastolla kaikki meni hyvin ja sain apua ja opastusta esim. samanaikaiseen imetykseen.”

”Imettämiseen olisin tarvinnut enemmän aikaa ja tukea. Se ei lähtenyt käyntiin niin hyvin kuin olisin voinut, koska lapset olivat toisessa päässä isoa taloa, ja pieniä uneliaita ruokailijoita.”

Osa vastaajista tunsu saaneensa emotionaalista tukea sekä lapsivuodeosastolta että lastenosastolta. Toisaalta useampi äiti, jonka lapset olivat lastenosastolla tunsu olonsa lapsivuodeosastolla ulkopuoliseksi ja yksinäiseksi. He eivät saaneet tarvitsemaansa emotionaalista tukea vaikeassa elämäntilanteessa. Vertaistukea muilta kaksosäideiltä koki saaneensa vain yksi äiti lastenosastolla.

”Omalla osastollani koin olevani ulkopuolinen, koska lapset eivät olleet vierelläni kuten monella muulla äidillä. (samassa huoneessa äitejä ilman lapsia ja lapsen kanssa!) Ei hyvä!”

### 9.6 Yhteenveto

Analyysirunkona on käytetty Marja-Terttu Tarkan kolmijakoa sosiaalisesta tuesta. Sen mukaan sosiaalinen tuki koostuu emotionaalisesta, päätöksenteon ja konkreettisesta tuesta. Tiedon antaminen kuuluu kaikkiin kolmeen sosiaalisen tuen muotoon ja sen pitää vastata perheen sen hetkiseen tiedon tarpeeseen. Kaikki kyselyn vastaukset eivät olleet analysoitavissa kyseisen kolmijaon mukaisesti, mutta se auttoi hahmottamaan tuen monimuotoisuutta.

Tiedon tarve korostui läpi koko prosessin. Varsinkin alkuraskaudessa, kun kaksosraskaus on juuri todettu, tiedon tarve oli suurimmillaan. Tähän tarpeeseen neuvola ei selvästi pystynyt vastaamaan. Neuvolassa oli keskitytty vain normaalin raskauden seurantaan, eikä



vastausten perusteella osaamista ollut kaksosraskauden tapaisen riskiraskauden hoitoon riittävästi. Neuvolan terveydenhoitajan käsitys roolistaan tiedonantajana ei vastannut niihin tarpeisiin, joita perheet kokivat. Olisi siis tärkeää että tulevien kaksosvanhempien tiedontarpeeseen kiinnitettäisiin suurempaa huomiota heti alkuraskaudessa. Tähän haasteeseen vastaa osittain Suomen monikkoperheet ry:n Hyvä alkku -hanke jossa on tarkoituksena päivittää tuplaonni kirjanen ja jakaa se neuvolan kautta kaikille uusille monikkovanhemmille (Hyvä alkku -hanke suunnitelma 2009, 8, 9).

Tiedon antamisen kannalta tärkeää on myös tiedon oikea ajoitus. Sairaalan järjestämässä monikkovalmennuksessa perheet kokivat saavansa hyvää tietoa, mutta liian myöhään. Valmennuksessa käsiteltiin osittain sellaisia asioita joista perheet olivat kiinnostuneita alkuraskaudessa ja näin olivat jo ehtineet selvittää nämä asiat itse. Valmennuksen aikaa, eli 20-30 raskausviikolla monien ajatukset olivat jo siirtyneet synnytykseen ja he olisivat kaivanneet enemmän juuri siihen liittyvää tietoa. Lisäksi muutamaa perhettä jäi harmittamaan ruokavalio-ohjeiden saaminen liian myöhäisessä vaiheessa. Tässä raskauden vaiheessa annetta tietoa ei enää pystynyt täysin hyödyntämään käytännössä.

Äitiyspoliklinikalta saatu tuki rajoittui pääsääntöisesti kliinisen tiedon antamiseen, johon vanhemmat olivat tyytyväisiä. Emotionaalisen tuen näkökulmasta riittävä seuranta, hoidon jatkuvuus ja henkinen tuki lisäsivät vanhempien turvallisuuden tunnetta. Osaan näistä tarpeista pystyttiin vastaamaan äitiyspoliklinikalla, mutta osaan ei. Toisaalta vanhemmat eivät ehkä odottaneetkaan saavansa henkistä tukea äitiyspoliklinikalta, joten sen puutetta ei koettu kovin kielteisenä asiana. Huomattavasti suuremman pettymyksen vanhemmat kokivat tasavertaisen kanssakäymisen puutteesta äitiyspoliklinikalla. Myös synnytyksen aikana vanhemmat kokivat, että mahdollisuudet omaan hoitoon vaikuttamiseen olivat pienet. Osa vanhemmista koki, ettei heitä tiedotettu synnytyksen etenemisestä eikä tulevista tapahtumista.

On ymmärrettävää, että vanhemmat tunsivat oman päätösvaltansa kaventuneen liittyen synnytyksen suunnitteluun ja synnytykseen itsessään. Käytännössä kaksossynnytykseen liittyvät tilanteet eivät aina anna vanhemmille mahdollisuutta itsenäiseen päätöksentekoon, sillä ensisijaisia tekijöitä ovat synnyttäjän ja lasten turvallisuus. Tämä on haaste kätilötyölle. Tilanteissa, joissa perheen mielipiteitä ei voida kunnioittaa, tulisi kuitenkin

kertoa päätökseen johtavat syyt ja tiedottaa tilanteen etenemisestä. Myöhemmin olisi vielä tärkeää tarjota mahdollisuutta keskusteluun.

Äidin subjektiivinen käsitys omasta ja sikiöiden edusta ei välttämättä aina kohtaa lääketieteellisen käsityksen kanssa. Kätilön on tuotava esille äidin päätöksistä mahdollisesti aiheutuvat vaikutukset. On olemassa tilanteita, jossa yksimieliseen lopputulokseen ei päästä.

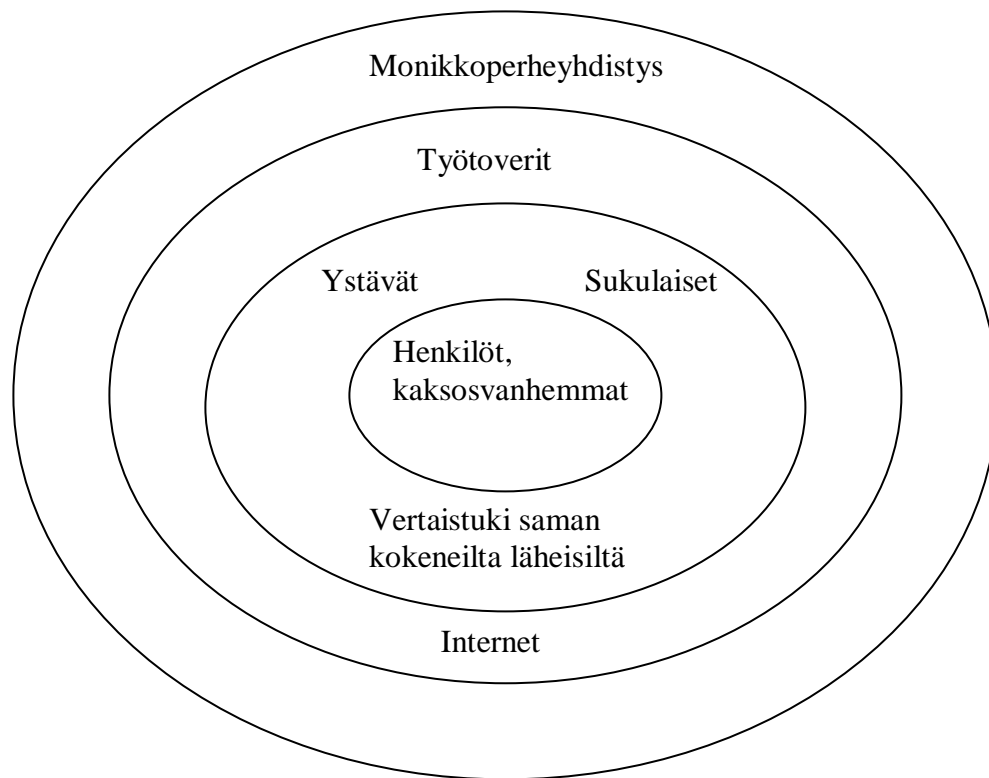
Kaksosia odottavan äidin ja perheen voimavarojen tukeminen on tärkeää, koska he joutuvat kohtaamaan enemmän raskausajan ongelmia ja komplikaatioita, kuin normaalissa raskaudessa. Raskausaikana kätilö tukee odottajan uskoa omiin voimavaroihin ja muilta saatuun tukeen. Synnytyksen aikana kätilön tulee huomioida ne voimavarat, jotka synnyttäjällä sillä hetkellä on käytössään. Lasten synnyttyä voimavarakeskeisyys korostuu uusien haasteiden myötä.

Luottamus kätilön ja synnyttäjän välillä perustuu molemminpuoliseen kunnioitukseen ja yhteisymmärrykseen. Yhteistyö synnyttäjän ja kätilön välillä vaatii myös molempien osapuolten aktiivista osallistumista unohtamatta sitä, että kätilö ja lääkäri ovat vastuussa synnytyksen turvallisuudesta. Edellytyksenä synnyttäjän päätöksentekoon osallistumiselle on synnyttäjän aktiivisen osallistumisen lisäksi se, että kätilö antaa synnyttäjälle siihen mahdollisuuden. Synnyttäjää tulee olla oikeus saada asiallista ja puolueetonta tietoa eri toimintatapojen seuraamuksista.

Ohjauksen tarve korostui lapsivuodeaikana. Kyselyyn vastanneiden sairaalassaoloaika oli neljästä seitsemään vuorokautta lukuun ottamatta kahta perhettä joiden lapset olivat vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastolla huomattavasti pidemmän ajan. Lapsivuodeaikana imetysohjaus koettiin tärkeäksi. Imetyksen suhteen vanhemmat olisivat kaivanneet enemmän aikaa, konkreettista tukea sekä tietoa. Nämä asiat koettiin merkityksellisiksi imetyksen käynnistymisen ja onnistumisen kannalta. Kätilön tehtävänä on myös varmistaa imetyksen tai lypsämisen onnistunut aloitus. Kotiutuksen tulisi olla ajankohtainen vasta, kun kätilö voi olla varma imetyksen sujumisesta myös kotona. Omat haasteensa imetyksen aloittamiselle toivat lasten ja äidin sijoittuminen eri osastoille, sekä kahden lapsen imettäminen sinänsä. Äidin ja lasten ollessa erossa toisistaan tulisi

huomioida myös heidän vuorovaikutussuhteensa tukeminen keskustelemalla tilanteesta äidin kanssa.

Vertaistuen merkitys ei korostunut vastauksissa. Yleisimmät sosiaalisen tuen lähteet olivat ystävät, sukulaiset sekä saman kokeneet läheiset. Internetin ja monikkoperheyhdistyksen kautta saatu tuki ei korostunut vastauksissa. Mielestämme vertaistuen tulisi olla organisoidumpaa varsinkin lapsivuodeaikana, jolloin vanhempien mahdollisuudet irrottautua kotoa ovat vähäiset. Internet on mielestämme hyvä kanava tiedon välittämiseksi ja vertaistuelle, mutta kontrolloimattomana tiedon oikeellisuuden arvioiminen jää lukijalle. Kaaviossa 2 on kuvattu kaksosperheen sosiaalisen tuen lähteitä neuvolasta ja sairaalasta saadun tuen lisäksi. Kaavio on mukailtu Khan & Antonucci:n mallista (Tarkka 1996, 13). Sosiaalisen tuen tarjoajat ja tärkeysjärjestys pohjautuvat tekemäämme kyselyyn.



Kaavio 2. Kaksosperheen sosiaalisen verkoston kuvaus

## 10 POHDINTA

Valitsimme tämän aiheen, koska perehdyttyämme normaaliin raskauteen kiinnostuimme kaksosraskaudesta erityispiirteineen. Keväällä 2008 pohtiessamme aihevalintaa kiinnitimme huomion siihen, että kaksosraskauden seurannassa ja hoidossa oli paljon kehittämishaasteita. Esimerkiksi kaksosperheille suunnattu monikkoperhevalmennus oli muutosvaiheessa ja oli epäselvää kuka ottaa vastuun valmennusten jatkamisesta monilla paikkakunnilla. Selkeää kokonais kuvaa monikkoperheiden ohjauksesta raskausaikana oli vaikea saada. Perehdyttyämme aiheeseen syvällisemmin huomasimme, että työmme kautta voisimme vastata ainakin joihinkin sosiaaliseen tukeen liittyviin kysymyksiin raskaus-, synnytys ja lapsivuodeaikana.

Aihevalinta sai hyväksynnän ohjaavalta opettajalta, sillä aiheesta ei ole tehty Tampereen ammattikorkeakoulussa opinnäytetyötä. Työ päädyttiin rajaamaan koskemaan kaksosuutta, sillä se on selvästi yleisempää verrattuna muihin monisikiöraskausmuotoihin. Mielestämme jokaisen kättilön tulisi hallita kaksosuuteen liittyvät erityispiirteet. Olemme työstäneet teoriaosuutta vähitellen, oivaltaen kaksosuuteen liittyviä erityispiirteitä. Kokonaiskuva aiheesta muodostui pidemmällä aikavälillä, koska työn edetessä olemme vasta ymmärtäneet aiheen laajuuden ja erot verrattuna yksisikiöiseen raskauteen. Oivallus siitä, että kaksosraskaus ei ole pelkkä riskiraskaus auttoi meitä paremmin ymmärtämään kaksosraskauden, -synnytyksen ja lapsivuodeajan kokonaisuutena.

Aiheen luonteesta johtuen lähteenä on käytetty paljon lääketieteellisiä artikkeleita. Työssä on hyödynnetty ulkomaalaista tutkimustietoa kaksosuudesta, sillä aihetta on Suomessa tutkittu vain vähän. Osittain eri lähteistä saatu tieto on ristiriitaista ja nämä erot on haluttu tuoda työssä esille. Koulutuksemme pohjalla emme voi asettaa paremmuus järjestykseen arvostettuja lääketieteellisiä julkaisuja sekä alan suomenkielisissä oppikirjoissa esiintyviä tietoja. Tutkimustulosten erot johtuvat todennäköisesti otannasta, analyysimenetelmistä ja hoitokäytäntöjen eroista.

Koemme sosiaalisen tuen merkityksen erityisen tärkeäksi kaksosvanhemmille. Sosiaalisen tuen merkitys korostuu, koska kaksosraskauteen saattaa liittyä pelkoa lisääntyneistä

komplikaatioista, tulevasta arjesta ja omasta vanhemmuudesta. Kaksosten syntymä saattaa muodostua jopa kriisiksi. Tilanteen rasittavuutta saattaa lisätä myös lasten joutuminen erityistarkkailuun, keskosuus sekä operatiivinen synnytys. (Raudaskoski & Hartikainen 2004, 454). On tärkeää, että kättilöllä olisi vahva teoreettinen tietoperusta sekä hänellä olisi herkkyyttä, jonka avulla hän tunnistaisi monikkoperheen tarpeet ja erityispiirteet raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeaikana myös psyykkisellä tasolla.

Tulevaisuuden tutkimushaasteita kyseiseen aiheeseen liittyen voisivat olla, riskiraskauspotilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sekä äitiysneuvoloiden valmius toimia yhteistyössä äitiyspoliklinikan kanssa. Erityisesti kaksosvanhempien tarvitseman konkreettisen tiedon tarvetta ja ajoitusta voisi tutkia tarkemmin. On kuitenkin oletettavaa, että Hyvä alku hankkeen avulla kaksosperheiden asema paranee tulevaisuudessa.

## LÄHTEET

- Ahlgrén K. 2005. Odotus ja synnytys. Teoksessa Ahlgrén K. (toim.) Monikkoperhevalmennus ohjauskansio. 6-10.
- Ahlgrén K. 2005. Äitien ryhmä – imetys. Teoksessa Ahlgrén K. (toim.) Monikkoperhevalmennus ohjauskansio. 3, 4, 5.
- Ahlgrén K., Häkkinen H. & Kumpula U. 2006 Tietoa ja vertaistukea - Monikkoperhevalmennus 2000-2005. Suomen Monikkoperheet ry. Projektin loppuraportti. 2, 3, 15.
- Ahonen J, Sainio S & Pakarinen P. 2008. Synnytykseen liittyvä massiivinen verenvuoto. Duodecim 2008;124:42.
- Bjålie, J. G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, O & Toverud, K. C. 2005. Ihminen fysiologia ja anatomia. 1-3 painos. Werner Söderström Osakeyhtiö. 426, 428.
- Breilin A. 2006. Tutkimus vuosien 2004-2005 kaksossynnytyksistä Tampereen Yliopistollisessa sairaalassa, Syventävien opintojen kirjallinen työ, Tampereen yliopisto, Lääketieteen laitos. Julkaisematon lähde. 16, 29, 25, 30, 40, 53.
- Chang E. 2004. Timing of Delivery in Multible Gestation. Clinical Obstetrics and Gynecology: 1, 237-240.
- Devine P. & Malone F. 2004. Maternal Complications Associted With Multible Pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynecology: 1, 228, 229.
- Endres L. & Wilkins I. 2005. Epidemiology and biology of multiple gestations. Clin Perinatol 32: 303.
- Eskola K. & Hytönen E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1.-3. painos. Helsinki. WSOY. 193-195, 199, 200, 237.
- Eskola J. & Suoranta J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere. Vastapaino. 52, 57, 137, 210, 211.
- Erkkola R. 2004. Sikiön kasvun hidastuminen. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Ylikorkala O. & Kauppila A. (toim.) 4. painos. Helsinki: Duodecim. 470, 473.
- Fellman V. 2004, Vastasyntyneen sairaudet. Teoksessa M.A. Siimes & J. Petäjä (toim.) Lastentaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 117, 118, 121, 131, 133.
- Fisk N. 2007. Teoksessa Edmonds K. (toim.) Dewhurst's textbook of Obstetrics & Gynaecology. Blackwell Publishing. 167-169, 170, 171.

Gyamfi C., Stone J. & Edleman K. A. 2005. Maternal complications of multifetal pregnancy. Clin Perinatol 32: 434-443.

Hall J. 2003. Twinning. The Lancet. Vol 362: 735-739, 741. 736

Hannula L. 2003. Imetysnäkömökset ja imetyksen toteutuminen. Suomalaisten synnyttäjien seuranta tutkimus. Turun yliopiston julkaisuja Sarja C, osa 195. Turku: Turun yliopisto. 63.

Hannula L. 2007. Kätilötyö ja imetys. Teoksessa Paananen, U.K., Pietikäinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A.M. (toim.). Kätilötyö. Tampere: Edita. 1.-2. painos. 302, 304, 305.

Hasunen K., Kalavainen M., Keinonen H., Langström H., Lyytikäinen A., Nurttila A., Peltola T. & Talvia S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004: 11. Helsinki: Edita Prima Oy. 102.

Hasunen, K. & Ryynänen, S. 2006. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:19. Helsinki. 64.

Heinonen S. & Puolakka J. 2004. Raskauden jälkipuoliskon verenvuodot. Teoksessa Ylikorkala O. & Kauppila A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. painos. Helsinki: Duodecim. 455, 456.

Heinonen K. & Kylmä J. 2004. Yhtä aikaa useamman lapsen äidiksi – haastetta odottajalle ja ohjaajalle. Sairaanhoidajalehti (6-7), 5, 6.

Heinonen K, Moilanen I. & Pietilä A-M. 2007. Monikkovanhempien kuvauksia saamastaan tuesta – Haastattelututkimus kaksosten vanhemmille. Hoitotiede 19 (4), 229.

Hippeläinen M, Manninen H, Kirkinen P. 2001. Synnytykseen liittyvän vaikean verenvuodon embolisaatio hoito. Duodecim. 1906.

Hirsjärvi S, Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. 12. Painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 152, 155, 212, 214.

Hyvä alku monikkovanhemmukseen, Hankesuunnitelma 1.8.2009, <http://www.suomenmonikkoperheet.fi/monikko2008/tiedostot/HYVA%20ALKU-hankkeen%20suunnitelma01082009.pdf>, luettu 1.4.2010, 3, 4, 8, 9, 14.

Jaakkola M-L. & Alahuhta S. 2006. Obtetrinen analgesia ja anestesia. Teoksessa Rosenberg P., Alahuhta S., Lindgren L., Olkkola K., & Takkunen O. Anestesiologia ja tehohoito. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 546, 548.

Järvenpää A-L. 2004. Vastasyntynyt . Teoksessa. Ylikorkala O. & Kauppila A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. painos. Helsinki: Duodecim. 336.

Kalland M. 2003. Vauvan sairaus tai vamma varhaisessa vuorovaikutuksessa. Teoksessa Nieminen P., Siltala P., Tamminen T. (toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: WSOY. 193.

Kaprio, J. 2007. Monikkouden yleisyys , geneettinen tausta ja biologia. Teoksessa Alkio P. (toim). Sylintäydeltä elämää - arki kaksosten ja kolmosten kanssa. Helsinki: Vammalan kirjapaino: V-L markkinointi Oy. 7, 9, 10.

Kela. Vanhempainraha äidille tai isälle. Päivitetty 23.2.2009. Tulostettu 6.5.2009. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/020103135411MH>

Kela. Äitiysavustus. Päivitetty 26.1.2009. Tulostettu 6.5.2009 <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/120701141115EH>

Kettunen T, Karhila P, Poskiparta M. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. Hoitotiede. 14(5). 214.

Koivula, U-M., Suihko, K. & Tyrvänen, J. 2003. Mission: Possible, opas opinnäytetyön tekijälle. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro1. 42, 43.

Koskinen K. 2008. Imetysopas. 1. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.140- 142.

Kumpusalo E. 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Sosiaali- ja terveyshallitus, raportteja 8/1991. Helsinki: Vap- kustannus. 17.

Kuusisto M. 2008 Monikkoperhevalmennus. Luento. Tampere.

Laboratoriokeskuksen ohjekirja. 2007. <http://www.laboratoriokeskus.fi/lake/laboratoriotutkimukset>. Luettu 25.2.2010

Laivuori H. & Yli-Korkala O. 2004. Pre-eklampsia ja muu raskaudenaikainen verenpaineen nousu. Teoksessa Ylikorkala O. & Kauppila A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. painos. Helsinki: Kustannut Oy Duodecim. 431- 435.

Lastenneuvola lapsiperheiden tukena, opas työntekijöille 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14 Helsinki. 98.

Leinonen P., Teramo K., Kaaja R. Äidin krooniset sairaudet. Teoksessa Ylikorkala O. & Kauppila A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 524.

Lindholm M. 2007. Äitiysneuvolatyön järjestelmä. Teoksessa Armanto & Koistinen (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi. 33.

Litmanen K. 2007. Hedelmöityksestä sikiön kehitykseen. Teoksessa Paananen, U.K., Pietikäinen, S., Raussi- Lehto, E., Väyrynen, P. ja Äimälä, A.M. (toim.). Kätilötyö. Edita. Tampere: Tammer- Paino Oy, 1.-2. Painos. 129, 131.

Luke B. 2005. Nutrition in Multible Gestations. Clinics in Perinatology 32: 410



Luke B. 2004. Improving Multiple Pregnancy Outcomes With Nutritional Interventions. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 47;1: 146-162.

Luke B, Hedinger ML, Nugent C, Newman RB, Mauldin JG, Writter FR, O'Sullivan MJ. 2003a. Body mass index –specific weight gains associated with optimal birthweights in twin pregnancies. *J Report Med* 2003;48: 217-224.

Luke B, Brown M. B., Misiunas R, Anderson E, Nugent C, van den Ven C, Bupree B, Gogliotti S. 2003b. Specialized prenatal care and maternal and infant outcomes in twin pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 189:4. 935.

Manninen H. 2003. Kilpailu Äidin rakkaudesta- kaksoset ja varhainen vuorovaikutus. Teoksessa Nieminen P. Siltala P. & Tamminen T.(toim.) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. WSOY. 131, 132, 134-136, 139, 140, 146-148.

Mitä teemme. Suomen Monikkoperheet ry. Päivitetty 8.5.2009. Tulostettu. 10.5.2009 [http://www.suomenmonikkoperheet.fi/monikko2008/smpy\\_mitateemme\\_paa.php](http://www.suomenmonikkoperheet.fi/monikko2008/smpy_mitateemme_paa.php).

Moilanen I. 2004. Monikkolapset. Teoksessa Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almquist F, Piha J, Kumpulainen K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim. 74.

Narwitz, E. & Schone J. 2006 *Obtetrics & Gynaecology at a glance* second edition , blackwell publishing. 110.

Purho, J., Nuutila, M. & Heikinheimo O. 2008. Kaksosraskaudet. *Duodecim*; 124: 1111, 1112, 1114, 1115, 1118.

Raudaskoski T. & Hartikainen A-L. 2004. Monisikiöinen raskaus. Teoksessa Ylikorkala O. & Kauppila A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 359,426, 447- 454, 460

Raussi-Lehto E. 2007. Monisikiöisyys. Teoksessa Paananen, U.K., Pietikäinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. ja Äimälä, A.M. (toim.). *Kätilötyö*. Tampere: Edita, 1.-2. painos. 438-448.

Raussi-Lehto E. 2007. Syntymän hoito. Teoksessa Paananen, U.K., Pietikäinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. ja Äimälä, A.M. (toim.). *Kätilötyö*. Tampere: Edita, 1.-2. painos. 210, 225, 232, 264

Robinson C. & Chauhan 2004. Intrapartum Management of Twins. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 47:1:248, 249, 252, 254, 255, 259.

Saarelainen S. 2009. Synnytysopin luennot. Luento. Syntymän aikainen kätilötyö-opintojakso 27.1.2009. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Tampere.

- Saarikoski S. 2004. Raskauden keston häiriöt. Teoksessa Ylikorkala O. & Kauppila A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 418, 426.
- Saisto T. 2006. Keisarileikkaus alatiesynnytyksen jälkeen. Lääkärilehti. 2006;61(21-22):2346, 2349.
- Saisto T. & Halmesmäki E. 2003. Keisarileikkauksen riskit. Duodecim 2003;119:593, 594, 596- 598.
- Sariola A. & Haukkamaa M. 2004. Normaali raskaus. Teoksessa Ylikorkala O. & Kauppila A (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 320-322.
- Sarkkinen M. & Savonlahti E. 2007. Raskausajan vuorovaikutus psykologiaa. Teoksessa. Armanto A. & Koistinen P. (toim.) Neurolatyon käsikirja. Helsinki: Kustannusoskeyhtiö Tammi. 105.
- Schuman M. 2003. Keskosvauvan ja vanhempien vuorovaikutuksellinen hoito. Teoksessa Nieminen P., Siltala P., Tamminen T. (toim.) Äidin ja Vauvan varhainen vuorovaikutus. WSOY. 156, 157.
- SMP RY. Suomen Monikkoperheet ry. Päivitetty 8.5.2009. Tulostettu. 10.5.2009. [http://www.suomenmonikkoperheet.fi/monikko2008/smp\\_ry\\_paa.php](http://www.suomenmonikkoperheet.fi/monikko2008/smp_ry_paa.php).
- Stakes. 2008. Sosiaali- ja terveystilastot. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet Tilastotiedote 30/2008. 3.
- Stefanovic V. 2007. Raskauden ajan seuranta. Teoksessa Paananen, U.K., Pietikäinen, S., Raussi- Lehto, E., Väyrynen, P. ja Äimälä, A.M. (toim.). Kätilötyö. Tampere: Edita, 1.-2. painos.194, 195, 407, 412.
- Stefanovic V. & Ylikorkala O. 2004. Raskaushepatoosi ja muut maksasairaudet raskauden aikana. Teoksessa Ylikorkala O. & Kauppila A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 441- 443.
- Suikkari, A-M. 2007. Lapsettomuushoidot ja monikkous. Teoksessa Teoksessa Alkio, P. (toim). Sylintäydeltä elämää - arki kaksosten ja kolmosten kanssa. Helsinki: Vammalan kirjapaino: V-L markkinointi Oy. 69- 70.
- Suikkari, A-M. & Mäkinen S. 2007. Kun vauva viipyy – lapsettomuuden tutkimus ja hoito. Topnova. 20.
- Suomen Kätilöliitto. 2004. Laatuä kätilötyöhön - kätilötyön eettiset ja laadulliset perusteet. [http://www.suomenkatiloliitto.fi/tiedolla\\_taidolla\\_tunteella.pdf](http://www.suomenkatiloliitto.fi/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf). Luettu 5.4.2010.
- Suomen monikkoperheet ry .  
[http://www.suomenmonikkoperheet.fi/monikko2008/smp\\_ry\\_paa.php](http://www.suomenmonikkoperheet.fi/monikko2008/smp_ry_paa.php). Päivitetty 17.3.2010. Luettu 1.4.2010.

Tarkka M-T. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki. Acta Universitas Tampereensis. ser.A vol. 518. Tampereen yliopisto. 12, 13, 18, 20.

Tekay A. & Jouppila P. Obstetrisen tutkimuksen apuvälineet. Teoksessa Ylikorkala O. & Kauppila A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 358, 361.

Tiitinen ja Hovatta 2004. Lapsettomuus. Teoksessa Ylikorkala O. & Kauppila A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 192.

Timonen S. 2007. Synnytyksen hoito. Duodecim 2007;123:2290.

Tuomi J. & Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi 2009. Helsinki: Tammi 97, 101, 105, 109, 110, 112, 113, 117, 125, 129, 131, 134.

Ulander V-M. & Tulppala M., 2004. Keskenmeno. Teoksessa Ylikorkala O. & Kauppila A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 394.

Uotila J. 2007. Sikiön ahdinko synnytyksen aikana. Teoksessa Paananen, U.K., Pietikäinen, S., Raussi- Lehto, E., Väyrynen, P. ja Äimälä, A.M. (toim.). Kätilötyö. Tampere: Edita, 1.-2. painos. 426, 430, 431, 504, 508, 510-512, 516.

Uotila J. 2007. Riskiraskauden ennakointi. Teoksessa Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) 1.-2. painos. Kätilötyö. Helsinki: Edita. 328- 331.

Uotila J. & Tuimala R. 2004. Synnytyshäiriöt. Teoksessa. Ylikorkala O. & Kauppila A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. painos. Helsinki: Duodecim. 480, 482, 483, 484.

Uotila J. & Tuimala R. 2004. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Ylikorkala O. & Kauppila A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. painos. Helsinki: Duodecim. 493.

Vilkka H. 2005 Tutki ja kehitä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 97, 98, 100, 159, 160, 180.

Väyrynen P. 2007. Raskauden ajan seuranta. Teoksessa Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) 1.-2. painos. Kätilötyö. Helsinki: Edita. 185, 269.

Ylikorkala O. 2004. Lapsivuodeaika ja sen komplikaatiot. Teoksessa Ylikorkala O. & Kauppila A. (toim.) 4. painos. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 406-408, 495, 501, 502.

World Health Organisation. 2003. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. WHO Press, Geneve, Sveitsi.

Äimälä A-M. 2007. Epäsäännölliseen synnytykseen varautuminen. Teoksessa Paananen, U.K., Pietikäinen, S., Raussi- Lehto, E., Väyrynen, P. ja Äimälä, A.M. (toim.). Kätilötyö. Tampere: Edita, 1.-2. painos. 427, 428, 429.

Äimälä A-M. 2007. Pitkittynyt synnytys ja häiriöt synnytyksen etenemisessä. Teoksessa Paananen, U.K., Pietikäinen, S., Raussi- Lehto, E., Väyrynen, P. ja Äimälä, A.M. (toim.). Kätilötyö. Tampere: Edita, 1.-2. painos. 473.

## **Kätilötyötä ohjaavat arvot ja periaatteet**

**Itsemääräämisoikeudella** tarkoitetaan ihmisen mahdollisuutta ja oikeutta itsenäiseen kehittymiseen. Kätilötyössä sen toteutumisen edellytyksenä on, että asiakas saa osallistua häntä itseään koskeviin päätöksiin. Hoitopäätöksiin osallistuminen antaa asiakkaalle mahdollisuuden vastata omasta elämästään. Osallistumisen välttämätön edellytys on, että hän saa päätöksentekonsa pohjaksi luotettavaa ja ymmärrettävää tietoa. Kätilön tehtävä on toimia asiakkaansa kanssa yhteistyössä siten, että periaate voi toteutua. Mikäli asiakas ei itse jostakin syystä kykene käyttämään itsemääräämisoikeuttaan, kätilön velvollisuutena on käyttää tätä oikeutta hänen puolestaan siten, että asiakkaan paras toteutuu.

**Tasa-arvolla** tarkoitetaan sitä, että jokaisella ihmisellä on yhtäläinen ihmisarvo. Kätilötyössä ymmärretään myös syntymätön lapsi erilliseksi yksilöksi, jolla on ihmisarvo ja oikeus ihmisen arvoiseen kohteluun. Kätilön työtä ohjaavana eettisenä periaatteena tämä merkitsee, että jokaisella asiakkaalla on oikeus korkeatasoiseen hoitoon ja hoitoon käytettävät resurssit määräytyvät hänen yksilöllisten tarpeidensa pohjalta. Hoitoyhteisössä kätilön tehtävänä on puolustaa asiakkaansa oikeuksia, toimia tarvittaessa hänen puolestaan ja myös edistää koko yhteisön kasvua ammatillisesti toimivaksi ja erilaisuuden hyväksyväksi yhteisöksi.

**Yksilöllisyys** hoitotyössä tarkoittaa jokaisen asiakkaan hyväksymistä juuri sellaisena kuin hän on. Kätilön on kyettävä tunnistamaan asiakkaan yksilölliseen elämäntilanteeseen kuuluvat voimavarat ja tarpeet. Kätilö antaa tietoa ja keskustelee eri hoitovaihtoehtoista asiakkaan kanssa. Kätilö tukee asiakasta hänen omassa päätöksenteossaan ja kunnioittaa hänen ratkaisujaan.

**Turvallisuuden** periaatteen mukaan asiakkaan hoitoympäristö ja ilmapiiri mahdollistavat terveyden edistämisen, ylläpitämisen ja palauttamisen. Kätilön työskentelytapa ja vuorovaikutustaidot ovat turvallisuutta ja luottamusta herättäviä. Hoitoympäristön on oltava rauhallinen ja viihtyisä, eikä se saa aiheuttaa terveydellisiä riskejä.

**Terveyskeskeisen** toiminnan lähtökohtana ovat asiakkaan omat voimavarat ja hoitamisessa tuetaan hänen terveitä, vahvoja puoliaan. Kätilö pyrkii edistämään terveiden elämäntapojen omaksumista ja kohottamaan tai ylläpitämään asiakkaidensa elämänlaatua. Kätilö neuvoo, ohjaa ja opettaa asiakkaitaan siten, että he voisivat omilla elämäntavoillaan edistää terveyttään, helpottaa sairautensa oireita tai hidastaa sairauden etenemistä.

**Vastuullisuus** voidaan ymmärtää omistautumisena toisen hyvää varten, työn tekemistä toisen ihmisen hyväksi ja huolenpitoa toisesta ihmisestä, lähimmäisenrakkautta. Kätilön työssä tämä merkitsee, että kaikessa ammattitoiminnassaan hän toteuttaa ihmisyyden eettistä päämäärää: toimintaa toisen ihmisen hyväksi. Tämä toinen ihminen voi olla vielä syntymätön, ainutlaatuinen ihmisolento, jonka puolesta ja parhaaksi kätilön on toimittava. Kätilö on vastuussa omasta toiminnastaan. Vastuullisuus merkitsee, että työntekijällä on

oikeus tehdä itsenäisiä päätöksiä. Vastuullisuuden periaatteen toteuttaminen edellyttää kätilöltä kykyä ja halua arvioida omaa työtänsä kriittisesti ja toimia jatkuvasti oman työn kehittämiseksi. Tämä merkitsee, että kätilöllä on kaikki ne tiedot ja taidot, joita ammatissa edellytetään ja että hän kartuttaa tietoaan ja taitojaan jatkuvasti. Vastuullisuuteen kuuluu

omien rajojen tunnistaminen ja toisen asiantuntijan konsultointi, jotta asiakas voisi saada parhaan mahdollisen ammattitaitoisen hoidon.

**Jatkuvuuden** toteutumisen edellytyksenä on suunnitelmallinen, tavoitteellinen ja koordinoitu yhteistyö, jossa kätilön velvollisuutena on osaltaan varmistua tiedon ja tarvittaessa myös taidon siirtämisestä muille asiakkaan hoitoon osallistuville. Kätilön velvollisuus on varmistua kaikissa hoitotilanteissa siitä, että asiakkaan saaman hoidon taso pysyy laadullisesti korkealla tasolla.

**Perhekesisyyden** toteutuminen edellyttää, että kätilö tuntee asiakkaansa sekä yksilönä että perheensä ja elämänyhteisönsä jäsenenä. Kaikki kätilön ammattiin kuuluvat tilanteet liittyvät naisen ja hänen perheensä elämän yksityisimmälle ja intiimeimmälle alueelle. Kätilön tehtävänä on pitää huolta, että puoliso ja perhe tai muut läheiset saavat mahdollisuuden olla mukana hoitoprosessissa ja että he saavat myös kaiken tarvitsemansa tiedon ja tuen.

**Omatoimisuudella** tarkoitetaan kaikkia niitä toimintoja, joissa yksilö itse tekee aloitteen ja pyrkii elämälleen ja terveydelleen asettamiinsa päämääriin. Kätilön työssä omatoimisuuden toteutuminen merkitsee, että kätilö aktiivisesti tukee sekä tiedollisesti että taidollisesti asiakastaan ja hänen perhettään ja auttaa tätä itseään toimimaan ja ymmärtämään omien toimintojensa seuraukset. Myös silloin, kun asiakas ei jostakin syystä kykene itse toimimaan, kätilö toimii hänen kanssaan tai puolestaan.

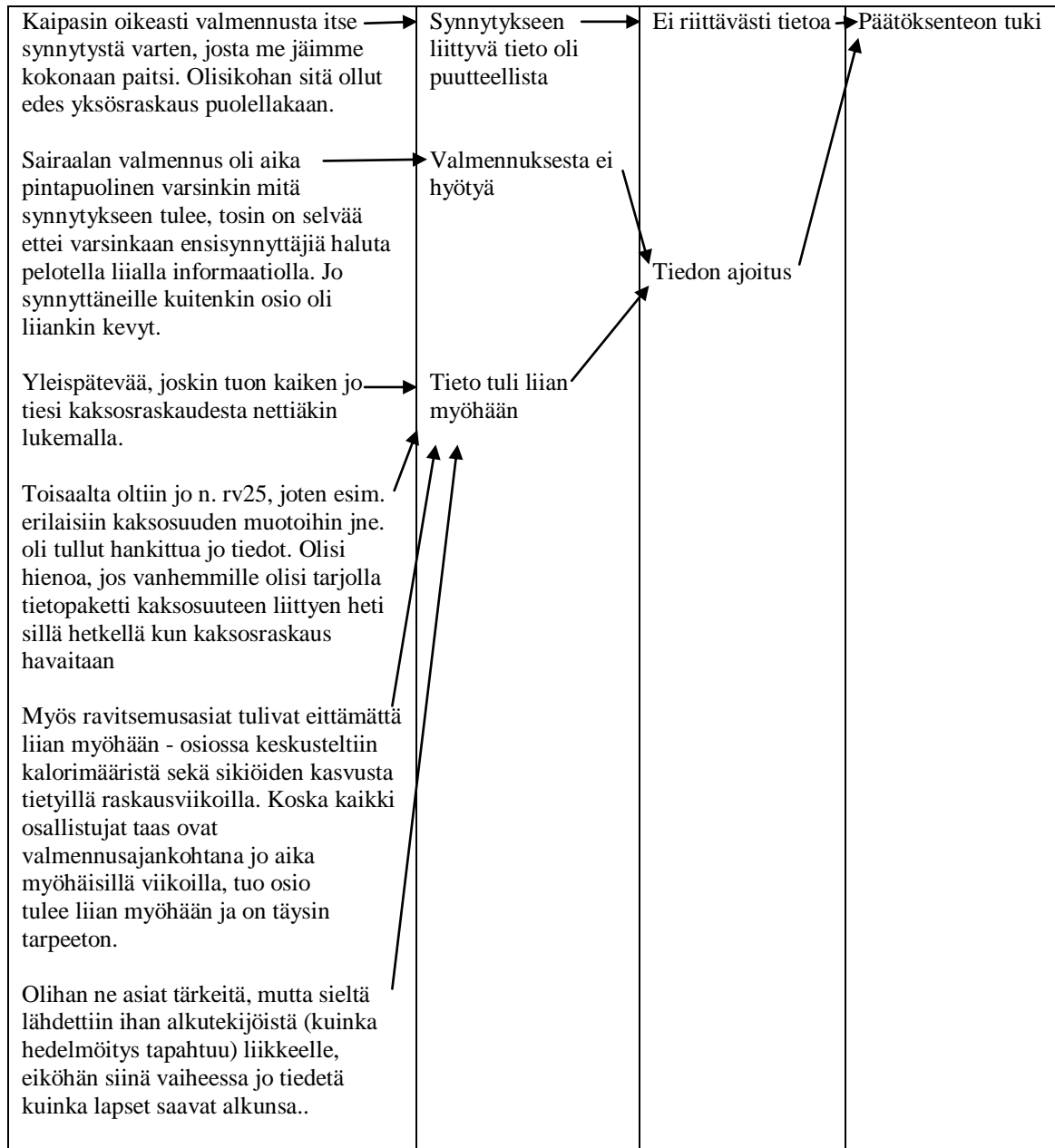
**Kokonaisvaltaisuuden** periaatteen toteuttaminen merkitsee kätilön työssä, että kaikissa hoitotilanteissa ihmiseen suhtaudutaan itsenäisenä, toimivana persoonana. Hoitamisessa tämä merkitsee, että kätilö antaa asiakkaalleen mahdollisuuden olla oma itsensä, oman perheensä jäsen ja sallii hänen tehdä omat ratkaisunsa.

([http://www.suomenkatiloliitto.fi/tiedolla\\_taidolla\\_tunteella.pdf](http://www.suomenkatiloliitto.fi/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf))

## Esimerkki aineiston analyysistä

### 2. Kävittekö sairaalan järjestämässä monikkoperhevalmennuksessa? Jos kävitte, koittekko valmennuksessa käsitellyt asiat tärkeiksi? Jäikö jotakin tietoa puuttumaan?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>Mukava oli tavata kaksosodottajia. →</p> <p>Ja oli hienoa vierailla vastasyntyneiden teholla ja kuulla ja nähdä pientenkin kaksosten selviämisestä. Vierailun jälkeen oli turvallisemmalla mielin liittyen synnytyksen ennakkaiseen käynnistymiseen yms.</p> <p>Sairaalassa pääsimme vierailemaan vastasyntyneiden teho ja tarkkailuosastolle ja valmentaja kertoi jotta noin puolet syntyvistä kaksosvauvoista joutuvat sinne. Itselleni se oli tärkeä tieto, ja ennakoon vierailu ja tieto sinne joutumisesta helpotti omaa oloa silloin kun tilanne oli oikeasti itsellä ajankohtainen.</p>	<p>Mahdollisuus tavata samassa tilanteessa olevia.</p> <p>Vierailu → vastasyntyneiden osastolla oli tärkeä</p>	<p>Vertaistuki →</p> <p>Konkreettinen tieto ja vertaistuki</p>	<p>Emotionaalinen tuki</p>
<p>Monikkovalmennus osoittautui kuitenkin erittäin hyödylliseksi paketiksi, vaikkei meidän tapauksessa kyse ollutkaan ensimmäisestä raskaudesta.</p> <p>Olivat erittäin tärkeitä asioita, vaikka raskaus minulle jo toinen. kaksossynnytys kuitenkin aika eri juttu kuin normaali.</p> <p>hyvää tietoa tuli esimerkiksi identtisyydestä / ei-identtisyydestä sekä muuten fysiologisista eroavaisuuksista (mono-dikoriaalinen, erilliset tai samat istukat / sikiöpussit). Varsinkin miehille osuus on hyvä, heillä kun usein on vähemmän tietoa aiheesta.</p>	<p>Tieto oli hyödyllistä →</p> <p>Tieto fysiologiasta oli hyödyllistä</p> <p>Tieto oli kiinnostavaa</p>	<p>Konkreettinen tieto</p>	<p>Konkreettinen tuki</p>







Tervehdys !

Olemme kaksi kättilöopiskelijaa Pirkanmaan ammattikorkeakoulusta. Koulutukseemme sisältyy opinnäytetyö, jonka toteutamme aiheesta monikkoperheiden laadukas raskaudenajan ja perheen hoitotyö. Opinnäytetyömme nimenä on:

*Sanoitko niitä olevan useampi, kuin yksi? – monikkoperheen kohtaaminen ja tuki raskausaikana, synnytyksessä ja lasten synnyttyä*

Opinnäytetyömme tavoitteena on kartoittaa mitä tarkoittaa monisikiöraskaus erityispiirteineen ja millaista tukea monikkoperheet tarvitsevat raskausaikana sekä lasten synnyttyä. Työmme koostuu teoriaosasta, joka käsittelee kaksosraskautta, synnytystä ja lapsivuodeaikaa. Haluamme syventää aihetta kokoamalla monikkovanhempien kokemuksia monikkoperhevalmennuksesta ja heidän monikkoperheensä arjesta.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista, eikä henkilötietoja tarvitse kirjoittaa vastauspapereihin. Käsittelemme vastaukset kokonaisuutena, josta teemme yhteenvedon. Ensimmäisessä kyselyssämme kartoitamme ”monikkoperheen arki” tapaamiseen osallistuneiden kokemuksia, jotta kyseistä tapaamista voitaisiin kehittää mahdollisimman kattavasti vanhempien tarpeita vastaavaksi.

Työmme valmistuu syksyllä 2009 ja teemme työstä tiivistelmän monikkopostilehteen. Yhteistyökumppanimme toimii Pirkanmaan monikkoperheet ry, josta yhteyshenkilönämme toimii Mira Jokinen. Pirkanmaan ammattikorkeakoulussa työtämme ohjaa lehtori Anna-Mari Äimälä.

Ystävällisin terveisin,

Anna Leena Keltto

Henna Nylund

annaleena.keltto@piramk.fi

henna.nylund@piramk.fi

## KYSYMYSET

1. Miten kaksosraskaus mielestänne huomioitiin äitiysneuvolassa?
2. Kävittekö sairaalan järjestämässä monikkoperhevalmennuksessa? Jos kävitte, koitteko valmennuksessa käsitellyt asiat tärkeiksi? Jäikö jotakin tietoa puuttumaan?
3. Millaista tukea koitte saaneenne äitiyspoliklinikalta raskausaikana?
4. Mistä muualta koitte saaneenne tukea raskausaikana?
5. Millaisia ennakko odotuksia teillä oli synnytyksen suhteen?
6. Millainen kokemus synnytys oli?
7. Millaista tukea koitte saavanne lapsivuode- tai vastasyntyneiden osastolla? Oliko tuki riittävää?